

SENADO

SECRETARIA

DIRECCION
GENERAL DE
COMISIONES

XLIIIa. LEGISLATURA
CUARTO PERIODO

COMISION DE
SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 2194 DE 1993

- Copia del original
sin corregir -

JUNIO DE 1993

CASAS DE SALUD

Situación

VERSION TAQUIGRAFICA DE LA SESION DE LA COMISION
DEL DIA 16 DE JUNIO DE 1993

A S I S T E N C I A

Preside: Señor Senador Raumar Jude

Miembros: Señores Senadores Carlos Bouzas, Carlos Julio Pereyra y Jaime Pérez

Asiste: Señor Presidente de la Cámara de Senadores, Gonzalo Aguirre Ramírez

Secretaria: Señora Josefina Reissig

rp2

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 9 y 35 minutos)

Dése cuenta de un asunto entrado.

(Se da del siguiente:)



CENTRO DE ASISTENCIA DEL SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY
CENTRO ADMINISTRATIVO ASILO 3336 - TELEFONOS 47 10 50 AL 54 - 47 04 77 - 47 10 83 - FAX: 80 77 10
CASILLA DE CORREO Nº 15 223 DISTRITO 5 MONTEVIDEO - URUGUAY

Montevideo, 7 de junio de 1993.

Señores Miembros de la
Comisión de Salud Pública
Cámara de Senadores
Presente

De mi mayor consideración:

Tenemos el agrado de comunicar a Ud./s. que la Junta Directiva del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, procedió a la distribución de cargos por el período 1993-95, de acuerdo al resultado del Acto Eleccionario del SMU celebrado el pdo. 28 de Abril, quedando constituída de la siguiente forma:

Presidente	Dr. RUBEN MOREIRA MESONES
Vice-Presidente	Dra. MARIA ROSA REMEDIO
Secretario	Dr. JOSE L. IRAOLA
Tesorero	Dr. MARIO SALICE GARCIA
Pro-Secretario	Dr. HOMERO BAGNULO SACCOMANDI
Delegado Comité Ejecutivo SMU	Dr. HUGO RODRIGUEZ ALMADA
Vocal	Dr. JORGE LORENZO
Vocal	Dr. LUCIO ARBES NAVARRETE
Vocal	Dr. CIRO JAUMANDREU
Vocal	Dr. GERARDO EGUREN
Delegado Estudiantil	Br. KLAUS FITERMANN

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.-

POR LA JUNTA DIRECTIVA

Dr. JOSE L. IRAOLA
Secretario

Dr. RUBEN MOREIRA
Presidente

GP/zr.



CENTRO DE ASISTENCIA DEL SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY
CENTRO ADMINISTRATIVO ASILO 3336 - TELEFONOS 47 10 50 AL 54 - 47 04 77 - 47 10 83 - FAX: 80 77 10
CASILLA DE CORREO Nº 15 223 DISTRITO 5 MONTEVIDEO - URUGUAY

Montevideo, 7 de junio de 1993.

Señores Miembros de la
Comisión de Salud Pública
Cámara de Senadores
Presente

De mi mayor consideración:

Tenemos el agrado de comunicar a Ud./s. que la Junta Directiva del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, procedió a la distribución de cargos por el período 1993-95, de acuerdo al resultado del Acto Eleccionario del SMU celebrado el pdo. 28 de Abril, quedando constituída de la siguiente forma:

Presidente	Dr. RUBEN MOREIRA MESONES
Vice-Presidente	Dra. MARIA ROSA REMEDIO
Secretario	Dr. JOSE L. IRAOLA
Tesorero	Dr. MARIO SALICE GARCIA
Pro-Secretario	Dr. HOMERO BAGNULO SACCOMANDI
Delegado Comité Ejecutivo SMU	Dr. HUGO RODRIGUEZ ALMADA
Vocal	Dr. JORGE LORENZO
Vocal	Dr. LUCIO ARBES NAVARRETE
Vocal	Dr. CIRO JAUMANDREU
Vocal	Dr. GERARDO EGUREN
Delegado Estudiantil	Br. KLAUS FITERMANN

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.-

POR LA JUNTA DIRECTIVA

Dr. JOSE L. IRAOLA
Secretario

Dr. RUBEN MOREIRA
Presidente

GP/zr.

SEÑOR PRESIDENTE.- Para ocuparse del tema referente a "Casas de Salud", tiene la palabra el señor senador Bouzas.

SEÑOR BOUZAS.- El problema de la existencia de las Casas de Salud y la necesidad de un control sobre su funcionamiento, se encuentra muy en el tapete de la opinión pública en general. A través de una investigación que hemos realizado junto a nuestra Secretaría y con el apoyo del Banco de Previsión Social, del Ministerio de Salud Pública y de la Facultad de Medicina, hemos observado que la situación de la ancianidad no ha sido abordada en forma coordinada.

De acuerdo con los datos suministrados por el Banco de Previsión Social, que fueron obtenidos en el último Censo de Población y Vivienda realizado sobre una población de 2:955.240 personas, encontramos que existen 467.100 mayores de 60 años, 329.662 mayores de 65 años, de las que 44.860 no tienen cubiertas las necesidades básicas, lo cual significa más o menos el 13% de los mayores de 60 años.

También pudo comprobarse que de esas personas que viven en hogares colectivos mayores de 65 años, se encuentran registradas 12.000. Asimismo, los pasivos mayores de 65 años suman 367.930, lo que significa un 66% de los pasivos del país; por su parte, los pensionistas a la vejez llegan aproximadamente a las 30.000 personas.

A nuestro entender el problema radica en que los esfuerzos para la atención de aquellos ancianos que no tienen apoyo familiar --ya sea porque no tienen familia o porque ésta no los apoya; cabe aclarar que cualquiera

de las dos razones son muy válidas y, en particular, esta última se debe a un problema cultural que en su momento deberíamos estudiar-- se encuentran dispersos entre las acciones de los distintos Ministerios, lo que hace que se confunda la necesidad de atención al anciano.

A este respecto hemos estudiado las disposiciones que figuran en el Repartido que ya se encuentra en poder de los señores senadores y hemos observado que, por un lado, el artículo 4º de la Ley Nº 15.800 referente a la reinstitucionalización del Banco de Previsión Social en el numeral 10 encomienda a éste "propender a la rehabilitación psicofísica e integración social del anciano y la readaptación del trabajador con pérdida de capacidad laboral", mientras que el numeral 11 expresa "instalar y fomentar la creación de hogares colectivos para el amparo y asistencia integral del anciano, así como colaborar financieramente o mediante la prestación de servicios con los ya existentes."

Además, existe el Decreto Nº 309 del año 1984, por el que se reglamenta la instalación y funcionamiento de establecimientos que alojan ancianos, de acuerdo con pautas gerontológicas vigentes. Dicho decreto clasifica las casas de alojamiento de ancianos en distintas categorías --el mismo figura en la carpeta de los señores senadores--, y mediante su artículo 4º establece que el contralor de dichos establecimientos se hará en forma coordinada y complementaria por los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social. No obstante ello, el funcionamiento de los establecimientos comprendidos en los numerales a), b) y c) de su artículo 3º --es decir los que albergan a ancianos autoválidos-- serán reglamentados por el presente decreto y la supervisión pertinente será competencia primordial del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Por su parte, los que se encuentran comprendidos en el numeral d) --es decir, aquellos en los que es necesario atender la salud del anciano--, será objeto de un reglamento especial elaborado por el Ministerio de Salud Pública que serán supervisados por éste.

Asimismo, por el Decreto Nº 564 del año 1987 --que también está en la carpeta de los señores senadores-- se crea la Comisión Nacional del Anciano que funcionará en la órbita del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. A dicha Comisión, mediante el inciso 2º del artículo 2º de dicha norma, se le encomienda revisar las normas legales y reglamentarias que regulan los establecimientos que alojan ancianos, así como proyectar su adecuación y actualización.

Esto es lo que hemos encontrado en cuanto a lo que tiene que ver con una forma de cubrir a aquellos ancianos que están solos porque no tienen familia o porque ésta no los atiende. Al respecto, hemos visto

que amparados en una legislación, el Banco de Previsión Social creó un programa --es decir, la Unidad de Promoción Social de dicho Organismo-- que funciona coordinando esfuerzos con organismos públicos y privados, puntualmente, y lleva registros. Además, existe un folleto de color naranja --que también está en la carpte de los señores senadores-- por el cual se determina los trabajos que deberá hacer este programa de ancianidad y servicios sociales del Banco de Previsión Social.

De acuerdo con la información que nos ha suministrado el jefe de dicho Programa, doctor Gastón Inda, fundamentalmente el mismo apoya y promueve a las instituciones privadas sin fines de lucro de todo el país que brinden servicios a las personas de la tercera edad. Tales instituciones deben estar registradas en dicho Programa y ser previamente relevadas por el Director del Servicio Social de la Unidad.

Cabe destacar que en el funcionamiento de ese programa, actualmente hay instituciones adheridas --que son privadas y sin fines de lucro-- que pueden ser, o bien organizadas por las Intendencias Muncipales --sobre todo en el interior del país--, por Clubes de Leones,o por organizaciones de distintas iglesias, es decir, aquéllas que se preocupan por el anciano. Entonces, existen 76 hogares, 11 en construcción, 114 asociaciones de jubilados y pensionistas, 81 clubes de la tercera edad,y 3 centros diurnos y refugios nocturnos. En realidad, son dos centros diurnos y uno nocturno. Este último está ubicado en la calle Nicaragua y está administrado por una organización de la iglesia. Al respecto, debemos decir que tiene un funcionamiento muy curioso --de acuerdo con lo que nos explicó el doctor Inda--, pues en él se recibe a una cantidad de vagabundos, alrededor de las 18 horas, se los baña, se les cambia la ropa, se les da de comer, miran

televisión, duermen y, al día siguiente, se van a la calle nuevamente. Naturalmente, esto permite que se reciclen durante un tiempo, para no tener que sufrir los problemas permanentes de las inclemencias climáticas. El doctor Inda nos explicaba que esto trae como consecuencia que ese grupo de gente ingrese menos en los hospitales, pues, cada tanto tiempo, recicla su salud en forma de limpieza, comida, abrigo, etcétera.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber si eso se hace diariamente.

SEÑOR BOUZAS.- No todos los días se realiza dicho servicio con las mismas personas, sino con un cupo de ellas que ingresan en muy malas condiciones y, al día siguiente, se retiran comidos, limpios y bien dormidos.

SEÑOR PRESIDENTE.-De modo que se trata de distintos grupos que van en distintos días.

SEÑOR BOUZAS.- Exactamente, señor Presidente.

En total, son 325 instituciones que funcionan de esta manera y la población que atiende se estima en 120.00 personas. No quiere decir que éstas estén viviendo en hogares, sino que solamente lo hacen 3.000. Se trata de un número de personas que se juntan para ir a jugar al truco entre ellos, tener zctividades sociales de distinto tipo, tener comida o una merienda en este Programa de ancianidad del Banco de Previsión Social.

Este organismo, reitero, trabaja solamente con aquellas instituciones que no tienen fines de lucro. Inclusive, en la Rendición de Cuentas anterior ratificada por la última aprobada, en su artículo 570 se expresa lo siguiente:"Sustitúyese el artículo 399 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987 por el siguiente: autorízase al Banco de Previsión Social a disponer de hasta N$ 651:252.150 para el desarrollo de los cometidos establecidos en los numerales 9), 10), 11) y 12) del artículo 4º de la Ley Nº 15.800, de 17 de enero de 1986. Esta partida se ajustará en función de lo establecido en el artículo 69 de la Ley Nº 15.809, de 8 de abril de 1986."

El doctor Inda nos ha explicado que esta partida es muy rendidora porque sirve como acicate para todas aquellas instituciones que no persiguen fines de lucro, que organizan clubes diurnos o nocturnos u hogares de ancianos para volcar estos ingresos en ampliaciones de locales, compra de camas o conseguir otro tipo de alimentación. Con la ayuda del Banco de Previsión Social y con otros procedimientos --ya sea mediante tratativas con el Club de Leones, Intendencias o Iglesias-- esas cantidades se multiplican. El programa que han llevado a cabo funciona bien, según las opiniones del doctor Inda y del señor Presidente del Banco de Previsión Social. Inclusive, el delegado de los jubilados en el Banco de Previsión Social, señor Colotuzzo, ha dicho que este programa es un camino a seguir.

En este momento, el problema que se nos plantea es que nadie atiende los establecimientos comerciales que pretenden o dicen querer cumplir funciones iguales o parecidas a las que abarca el Banco de Previsión Social. A mi juicio, sobre estas casas de salud hay mucha

literatura, pero lo cierto es que existen. Si por ejemplo, al hogar de ancianos de la Colectividad Española, ubicado en Millán e Instrucciones le pidiéramos que cumpliera con las normas establecidas, seguramente debería cerrar sus puertas, como ocurriría con el 95% de estos locales. Entonces, ¿qué pasaría con los ancianos que viven en esos hogares? Irían a la calle.

Tengo la convicción de que existe una explotación de esos ancianos y según lo que hemos averiguado, en ellas se da lo que hemos llamado "tropero de ancianos". Cuando el anciano entra en la casa de salud, ésta adquiere un poder sin límites para cobrar su jubilación. De esta manera, el dueño de la casa de salud va una vez por mes a la Caja de Jubilaciones, cobra alrededor de cuarenta o sesenta jubilaciones y devuelve a sus beneficiarios unas pocas monedas para que se compren los cigarros la yerba o los boletos para viajar en ómnibus. El problema es que actualmente nadie controla esta situación.

En conversaciones que tuvimos con representantes de la Secretaría del Director General del Ministerio nos informaron que la Dirección Nacional de Previsión Social --a la que le competería la fiscalización de los establecimientos que alojan ancianos, así como su registro, de acuerdo con el decreto-- ha sido eliminada. Sus cometidos han pasado a la órbita de la Dirección Nacional de Empleo.

En consultas con el licenciado Murillo, se nos ha expresado que en este momento están dedicados al problema del empleo y que aún no han comenzado a tratar otras competencias de esa Dirección. A pesar de ello, entienden que no está dentro de sus cometidos.

SEÑOR PEREYRA.- ¿Cuenta usted con la disposición por la cual se le pasaron esas competencias?

SEÑOR BOUZAS.- Sí, señor senador, está en la carpeta que fue repartida por Secretaría.

Por otra parte, el Ministerio tampoco atiende el cometido que le había dado el decreto Nº 309/84 --anterior a la reinstitucionalización democrática-- porque nunca convocó a la Comisión para estudiar el asunto.

Otro de los problemas que hemos consultado con el Ministerio de Salud Pública es que nadie controla esta situación. Cabe informar que hay un programa de ancianidad, dirigido por el doctor Alberto Sosa, quien nos confiesa que el control de los hogares carenciados escapa a las competencias del Ministerio y que le corresponde a una división, "Coordinación y Control". Esta institución tiene una sola secretaria para 117 casas registradas, 200 en trámite y 200 más clandestinas en todo el país.

Los técnicos consultados expresaron que existe una gran confusión entre el término gerontología --utilizado por los técnicos-- y la geriatría. De acuerdo con un manual básico para el cuidado de los ancianos editado por el Banco de Previsión Social, la gerontología está definida como la ciencia que estudia la problemática del envejecimiento en sus más variados aspectos, ya sea los médicos, sociales, económicos, de rehabilitación, etcétera. Abarca la totalidad de las modificaciones biológicas, psíquicas y socioeconómicas, así como los diversos factores que actúan sobre los distintos procesos. El doctor Alvarez Martínez nos

expresó que la vejez no es una enfermedad sino, simplemente, la evolución natural del individuo que va tomando determinado funcionamiento de su organismo, mientras que la geriatría es la rama de la Medicina que estudia el cuidado de la salud del anciano, es decir, que es más preventiva que correctiva.

Un ejemplo de ello es que nadie puede decir qué es el Piñeyro del Campo. ¿Es un asilo, una residencia geriátrica o un hospital psiquiátrico?

Los técnicos nos dicen que todo lo que tiene que ver con gerontología debería estar encomendado o encuadrado dentro de las atribuciones del Banco de Previsión Social. Tal como vimos a través de ese programa de ancianidad, el tema está encarando forma avanzada para un sector de los ancianos. Por otro lado, nos indicaban que la geriatría corresponde al Ministerio de Salud Pública. Deseo señalar que sobre este asunto hay poca información, pero tenemos conocimiento de que hay gente que conoce el tema porque lo ha estudiado y xxxxx sabe de experiencias positivas que se dieron en otros países. Personalmente he vivido alguna de ellas porque tuve oportunidad de vivir en Madrid y conozco la labor del INSERSO --Instituto de Servicios Sociales de la Seguridad Social española-- donde todos los técnicos tienen oponiones positivas de él.

Considero que estos técnicos son los que deberían hacer un estudio y nos deberían sugerir las disposiciones legales que, en principio, habría que adoptar sobre dos puntos en particular. En primer lugar, cómo controlar y cuáles son las condiciones de funcionamiento de las casas que alojan ancianos y, en segundo término, una delimitación de funciones entre lo que es la atención gerontológica y la geriátrica. Para ello propongo que se redacte un proyecto de resolución a elevar al Senado y me baso en una resolución del 13 de agosto de 1992 referida al Presupuesto de la Cámara de Senadores. En su artículo 3º establece que se autoriza a la Presidencia del Senado, actuando de acuerdo con la Comisión de Presupuesto, a celebrar con instituciones públicas y privadas, así como con técnicos de reconocida solvencia contratos destinados a la realización de trabajos de asesoramiento para las Comisiones Permanentes, Especiales e Investigadoras de la Cámara de Senadores que así lo soliciten. La Presidencia del Senado, de acuerdo con la Comisión de Presupuesto reglamentará la presente

disposición con aprobación del Senado. Entonces, amparado en esta disposición y visto que el problema es complicado para que podamos hacer una reglamentación con conocimiento de causa y habiendo conocido gente relacionada con el trabajo que hicimos esta semana, proponemos la presentación de un proyecto de resolución de la Comisión a elevar al Plenario de la Cámara de Senadores y amparado en ese artículo 3º del Presupuesto de este Cuerpo, para que se autorice a contratar al profesor y doctor José Alvarez Martínez, quien ha sido director hasta hace dos meses --porque ha llegado al límite de edad de 65 años-- de la Cátedra de Geriatría y Gerontología de la Facultad de Medicina y del Hospital de Clínicas. Deseo destacar que es un hombre muy activo en este tema y ha trabajado en los folletos que se encuentran en nuestras carpetas. Su currículum demuestra que ha estudiado bastante este tema durante mucho tiempo. También estaría incluido en la contratación el doctor Gastón Inda que es Jefe del Programa de Ancianidad de la Unidad de Promoción Social del Banco de Previsión Social; tiene una experiencia acumulada en cuanto a la forma de organizar y controlar estas casas de salud, aunque no se trata de las comerciales. Esta persona depende, directamente, de la Presidencia del Banco de Previsión Social, es decir, del Dr. Saldain. También se incluiría en ella al doctor Juan Carlos Salsamendi, Director de Salud del Ministerio de Salud Pública que tiene mucho conocimiento en esta materia porque hace 30 años que está trabajando en este Organismo. Ha dirigido hospitales y "la frutilla de la torta" de su trabajo ha sido la organización de una casa de salud en el pueblo de donde es oriundo, en Solís de Mataojo, donde atiende dos veces por semana. Según la información que poseo, esta casa funciona muy bien.

Entendemos que con tres técnicos de esta categoría podríamos

disponer, en breve tiempo, de una reglamentación para controlar las casas de salud comerciales, viendo los problemas presupuestales que puedan existir y, al mismo tiempo, hacer una diferenciación de lo que es la atención gerontológica de la geriátrica, ya que estos tres técnicos hablan el mismo idioma.

En cuanto a la disposición de las tres personas para desarrollar esta tarea, especialmente me preocupó el problema del doctor Gastón Inda porque tiene bastante trabajo. En virtud de ello lo consulté con su Jefe inmediato y, personalmente, con él y ambos me expresaron que se sentirían muy honrados si el Senado accediera a que esta persona trabajara en este programa. Dicho doctor manifestó estar dispuesto a trabajar porque esta materia es su pasión. Quiero informar que el doctor Gastón Inda no es médico, sino abogado. A su vez, el doctor Salsamendi también tiene bastante trabajo en la Dirección de Salud en el Ministerio del Salud Pública, pero en la conversación que mantuve con él en el día de ayer en la Sede del Ministerio me expresó exactamente lo mismo que el doctor Inda, es decir, que este tema le gusta mucho y está dispuesto a trabajar si el Senado así lo entiende. No tengo el currículum del doctor Salsamendi, aunque creo que es bastante conocido, pero sí poseo el de los doctores Alvarez Martínez e Inda, por lo que pienso que se podrían incorporar a la versión taquigráfica para conocimiento de los señores senadores.

Me parece que estaríamos dando un paso adelante si le planteamos al Senado la adopción de una resolución de este tipo en la primera sesión del mes de julio. A los efectos de tener una carpeta más completa, deseo que se agreguen a la versión taquigráfica el folleto del Programa de Ancianidad y Servicios Sociales del Banco de Previsión Social, así como el de la Unidad de Promoción Social,

del Programa de Ancianidad y Servicio Social, llamado Manual Básico para el Cuidado de los Ancianos y otro, denominado Manual para el Cuidado de los Ancianos con Pérdida de la Memória o Demencia Senil: Pienso que con estos folletos se brindaría información al Cuerpo, y se agregarían a las disposiciones legales y reglamentarias que están registradas en el distribuido 2172/93.



BANCO DE PREVISION SOCIAL

PROGRAMA DE ANCIANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

* Criterios de acción
* Actividades regulares
* Instituciones participantes

U. P. S.

Unidad de Promoción Social

I - CRITERIOS DE ACCION

Este programa tiene a su cargo, de acuerdo con los cometidos legales asignados al organismo y las disposiciones que adopta el Directorio en la materia, las siguientes tareas:

a) La planificación y ejecución de las acciones sociales previstas en el Art. 4o. Numerales 9 al 13, de la Ley No.15.800 de 17.1.86, tales como:

* Propender a la rehabilitación psico-física e integración social del anciano.
* Fomentar la instalación de Hogares, Centros Diurnos u otras modalidades de servicios, para el amparo y asistencia de las personas de la Tercera Edad.

b) La elaboración o calificación de los proyectos de acción social que tengan como objetivo específico contribuír a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, optimizando la utilización de los recursos disponibles en la sociedad.

En lo fundamental, se promueve y apoya a las instituciones privadas sin fines de lucro de todo el país, que brinden servicios a las personas de la Tercera Edad.
Tales instituciones deben estar registradas en dicho Programa y ser previamente relevadas por el Sector del Servicio Social de la Unidad.

II - ACTIVIDADES PRINCIPALES

1) Asesoramientos sistemáticos a todas las instituciones vinculadas al Programa, a solicitud de los interesados o cuando el equipo técnico lo estime necesario.

2) Apoyos económicos para adquisición, construcción, reforma y equipamiento de locales, acorde a un diagnóstico técnico de cada caso.

3) Visitas, jornadas y encuentros, tendientes a lograr un contacto más directo con las instituciones, promoviendo la coordinación de los servicios.

4) Publicaciones especializadas, sobre distintos temas considerados relevantes en Gerontología, con la intervención de destacados especialistas en la materia.

5) Estadías Vacacionales en la Colonia de Vacaciones de Raigón (Depto. de San José), para jubilados y pensionistas, de acuerdo con las solicitudes que planteen las propias instituciones.

6) Promoción regional y departamental para implementar una red de servicios que atiendan integralmente al anciano en todo el país destacándose, entre otros, servicio de ayuda domiciliaria, centros diurnos, clubes, etc.

III - COORDINACION CON ORGANISMOS PUBLICOS

De acuerdo con lo dispuesto por el Directorio del Organismo, la Unidad de Promoción Social actúa en procura de una constante cooperación con las Instituciones públicas a nivel nacional que tienen cometidos vinculados con la Ancianidad, habiéndose iniciado tareas de coordinación con entidades, tales como:

Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Transporte y Obras Públicas
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Ministerio de Turismo
Cátedra de Geriatría (Facultad de Medicina)
Universidad del Trabajo del Uruguay
Comisión Nacional de Educación Física
Instituto Nacional de Alimentación

Algunos ejemplos de cooperación:

- Cursos de capacitación, destinados a dirigentes de las Instituciones y personal que atiende directamente a las personas de la Tercera Edad, en colaboración conjunta con el M.S.P., la Cátedra de Geriatría de la Facultad de Medicina y la Comisión Nacional de Educación Física.

- Asesoramiento multidisciplinario a las Instituciones cuando la situación lo requiere, a través de reuniones con los técnicos que correspondan en cada caso (Geriatras, Arquitectos, Asistentes Sociales, etc.).

- Convenio con el M.T.O.P. a través del cual se efectiviza una gestión común para la ejecución de obras vinculadas directamente con la ancianidad. El B.P.S. aporta - en lo fundamental- información sobre la entidad gestionante y condiciones constructivas mínimas a esos efectos.

- Estas actividades se realizan, sin perjuicio de las coordinaciones departamentales y locales que se cumplen con las Intendencias Municipales.

IV - REGISTRO NACIONAL DE INSTITUCIONES

La Unidad de Promoción Social mantiene actualizado un Registro Nacional de Instituciones privadas sin fines de lucro que cuenten con Personería Jurídica y Organismos Públicos que presten servicios a los adultos mayores.

Se incluyen - entre otras informaciones - la identificación de las autoridades de cada Institución, los servicios y proyectos a su cargo y los recursos disponibles a esos efectos.

V - INSTITUCIONES QUE INTEGRAN EL PROGRAMA

Hogares de Ancianos: Establecimientos destinados a albergar ancianos en residencias de circulación restringida, con pérdida de su autodeterminación, donde se les proporcionan servicios de alojamiento, alimentación, atención médica y diferentes actividades;

Asociaciones de jubilados y pensionistas: Instituciones de base gremial que, además, prestan servicios y desarrollan actividades específicas en materia de ancianidad, complementarias de las prestaciones económicas a cargo del Sistema de Seguridad Social.

Clubes: Es la reunión de ancianos autoválidos agrupados con la finalidad de promover y estimular en conjunto actividades programadas y de funcionamiento regular. Su objetivo prioritario es mantener la integración bio-psico-social de las personas mayores.

Centros diurnos: Es un servicio de corta estadía, donde el adulto mayor es atendido durante el día, desde las 8 hs. de la mañana hasta las 17 hs., por un período determinado de tiempo de acuerdo a sus necesidades. Su objetivo es la integración y rehabilitación psicosocial del anciano

* * *

Las instituciones que no estén incorporadas al Programa pueden gestionar su participación en:

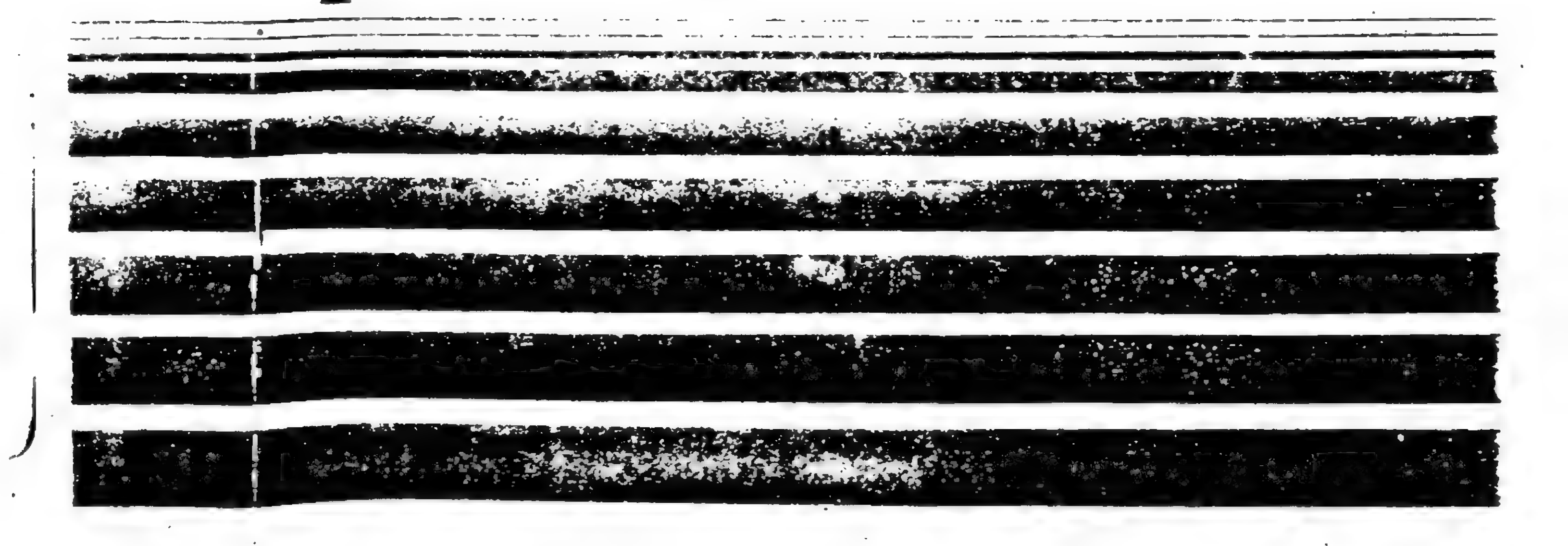
B. P. S. - Unidad de Promoción Social
Arenal Grande 1448 esq. Brandzen

Montevideo - Tels. 41. 52. 75 y 41. 21. 18
Fax: 49. 85. 58

Interior: - Gerencias Deptales. de Pasividades
- Asistentes Sociales Regionales



1





DIRECTORIO

PRESIDENTE	Dr. Rodolfo Saldain
VICE-PRESIDENTE	Sr. Ricardo Romero
DIRECTORES	Sr. Daoiz Jaurena
	Esc. Hector Goñi

2a. Edición
Montevideo, noviembre de 1991

Equipo de redacción:

Prof. Dr. José Alvarez Martínez
Prof. Adj. Dr. Delmar Rodríguez
Prof. Adj. Dra. Ruth Aljanati
Dr. Alberto Gentilini
Dr. Luis E. Broquetas
Dra. Mónica Alvarez Artecona
Dra. Graciela Echevarría
Dra. Ileana Roca
Dra. Aída Lesa
Dra. Irene Semino
Dra. Virginia García
Dra. Ana Gamou
Dr. Fernando Trianon
Dra. Norma Amorín
Psicol. María de los Angeles Maseda
Enfermera Noemia Xavier

Coordinación General

UNIDAD DE PROMOCION SOCIAL (B.P.S.)
Programa de Ancianidad y Servicios Sociales
Dr. Gastón Inda
As. Soc. Mibya Serpe
As. Soc. Alsacia D'Agata

MANUAL BASICO PARA EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS

INDICE

1. DEFINICIONES DE: GERONTOLOGIA, GERIATRIA, GEROPROFILAXIS, GEROCULTURA, GERAGOGIA

1.1. GERONTOLOGIA

"Es la ciencia que estudia toda la problemática del envejecimiento, en sus más variados aspectos: médico, social, económico, educativo, de rehabilitación, etc.".

Abarca la totalidad de las modificaciones biológicas, psíquicas y socio-económicas, así como los diversos factores que actúan sobre ese proceso.

1.2. GERIATRIA

"Es la rama de la medicina que estudia y cuida la salud del individuo de edad avanzada". Es una ciencia más preventiva que curativa ya que el ideal es el cuidado de la salud y no el tratamiento de las enfermedades.

Médico especialista en geriatría y gerontología

Es el título que otorga la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de Montevideo al médico que realiza los cursos correspondientes a la especialidad y cumple con los trabajos y pruebas exigidas en ese posgrado en forma similar a los requisitos que habilitan al ejercicio de otras especialidades médicas: pediatría, ginecología, cardiología.

Se entiende que el proceso de envejecimiento afecta al individuo globalmente en los campos:

— biológico (envejecimiento del organismo)
— psicológico (envejecimiento de la mente)
— social (modificaciones a nivel familiar, jubilación, ingresos, etc.)

De modo que este médico especialista en asistir pacientes de edad avanzada está capacitado en esos tres aspectos.

1.3. GEROPROFILAXIS

Es la prevención del envejecimiento patológico mediante el estudio y aplicación de aquellas medidas que aseguren un envejecimiento con salud y felicidad.

Esta ciencia incluye medidas que se aplican globalmente a la población y otras individuales para cada anciano.

La geroprofilaxis debe iniciarse en edades tempranas de la vida por las secuelas que dejan las distintas enfermedades en la ancianidad. Hay que prevenir las enfermedades durante toda la vida, para evitar que se hagan crónicas o dejen invalideces en las edades avanzadas. En uno u otro casi implican medidas de promoción de salud, detección precoz de enfermedades y prevención de invalideces y rehabilitación para lograr el pronto reintegro a la sociedad (resocialización).

1.4. GEROCULTURA

Significa educar acerca del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos, psíquicos y socio-económicos, señalando la importancia de los factores que puedan influir en un sentido positivo o negativo de su evolución. Es un instrumento imprescindible de la geroprofilaxis.

Debe estar dirigido tanto hacia:
— La población general (todas las edades)
— Los individuos de edad avanzada
— Los integrantes del equipo de salud
— Los integrantes de los órganos directrices de la sociedad (gobernantes, dirigentes) o asociaciones de servicio, gremiales o culturales.

1.5 GERAGOGIA

Es la ciencia para preparar y adaptar a los hombres a la tercera edad.

2. CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO

¿Qué es el envejecimiento?

Se trata de un proceso común a todos los seres vivos, que en el hombre está caracterizado por cambios progresivos a nivel biológico y socio-económico, que crean una disminución de la capacidad de adaptación y reacción frente al medio en el cual vive.

La vejez no es una enfermedad

Es un proceso fisiológico que comienza en el nacimiento y dura toda la vida hasta la muerte.

Existe un envejecimiento normal o fisiológico, sin enfermedades y existe un envejecimiento patológico o con enfermedad asociada. Ambos pueden estar presentes en una misma persona y es importante poder separar uno del otro, pues mientras que el primero forma parte del proceso evolutivo de la vida misma, el segundo se agrega por acción de diferentes causas, que pueden y deben ser corregidas.

¿Qué características tiene el proceso de envejecimiento o senescencia?

a) Todo lo que tiene vida envejece; es pues un proceso propio de los seres vivos.

b) Cada especie envejece de una manera propia; por ejemplo, las aves lo hacen de distinta manera que los monos y éstos a su vez diferente que los caballos, etc. Para el caso particular del ser humano el proceso del envejecimiento se hace más complicado, porque a las modificaciones de su cuerpo se agregan las de su mente y las condiciones socio-económicas y familiares.

c) Es un proceso que se lleva a cabo muy lentamente, en forma continua, sin detenerse nunca.

d) Es dependiente de diferentes factores, algunos de los cuales no los podemos modificar (por ejemplo, edad, sexo, raza, herencia) y otros que sí pueden ser modificados, tales como la zona donde vive, el tipo de vivienda, el grupo con quien comparte su vida, el tipo de alimentación, el grado de educación, existencia de hábitos (fumar, alcoholismo, etc.).

e) Se trata de un proceso particular, individual en cada ser humano: es decir, que dentro de una misma comunidad cada individuo envejece de una manera propia, y aun dentro del mismo individuo cada órgano envejece en forma distinta. Por ejemplo, una persona puede tener alteraciones en la vista, o en la piel, o en los dientes y puede tener bien el corazón, los pulmones, etc.

¿Cómo se explica este fenómeno del envejecimiento?

Hasta el presente esta interrogante no tiene una respuesta exacta; sólo hay teorías basadas en estudios y experimentación de laboratorio con animales, que intentan encontrar la o las razones que expliquen dicho fenómeno.

Se sabe por ejemplo que el organismo humano estaría preparado para vivir hasta 100 años de edad, pero no los vive porque el hombre se autodestruye a través de la incorrecta alimentación, stress, factores de riesgo, falta de control médico, etc.

¿Cómo se nos presenta el anciano?

Si recordamos la definición que dimos al comienzo, tenemos que los fenómenos del envejecimiento se dan a tres niveles: biológico, psicológico y socia

A) A nivel biológico, son todas las modificaciones orgánicas y funcionales que ocurren como consecuencia del envejecimiento y que alteran la respuesta del anciano a los traumas, infecciones, stress, tornándolo más vulnerable. Todos los órganos, aparatos y sistemas envejecen así:

a) El corazón pierde masa muscular, aumenta la grasa que lo rodea y disminuye la cantidad de sangre que expulsa en cada ciclo, reduciendo la irrigación de los tejidos, sobre todo cuando las exigencias están aumentadas (ejercicio físico, infecciones agudas, anemia, etc.).

b) En el aparato respiratorio, se modifica por un lado la caja toráxica y los músculos respiratorios, causando una menor movilidad de la misma que se torna más importante cuando es necesario respirar más profundo, toser, etc.

Hay además modificaciones en el propio pulmón y en los bronquios, alterándose los mecanismos de defensa, haciéndolo más propenso a las infecciones y a los tumores, así como también la evolución de los cuadros gripales o infecciones comunes es más prolongada y grave.

c) A nivel muscular, se produce una disminución de la masa muscular general que explica la fatigabilidad precoz que padece el anciano frente al ejercicio.

d) El riñón también reduce su función, sobre todo en la concentración de la orina, lo que trae aparejado mayor toxicidad por medicamentos y mayor vulnerabilidad para deshidratarse o al sobrecargarse de líquidos.

e) En el aparato digestivo hay una disminución del gusto y de la saliva, pérdida de piezas dentales que sumado a la disminución de las secreciones digestivas, pueden acarrear alteraciones de la digestión y de la absorción de los alimentos.

— Medicina preventiva
— Diagnosticando enfermedades
— Realizando tratamientos
— Rehabilitando en caso necesario
— Manteniendo un seguimiento continuo del anciano

Cada anciano deberá controlarse posteriormente (seguimiento continuo) en el tiempo que el médico lo determine, no faltando a las consultas que se le indiquen.

DISMINUCION DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Los trastornos sensoriales limitan la actividad del anciano, conducen al aislamiento social, a la depresión y a una dependencia cada vez mayor.

Trastornos de la visión

Es importante el control periódico por parte del oftalmólogo, ya que la corrección de los trastornos de la visión, facilitarán la integración del anciano en la vida familiar y social, así como también disminuirán la producción de accidentes, traumatismos y caídas que pueden llegar a comprometer la vida del geronte.

Son muchas las afecciones que determinan la disminución de la visión entre las cuales destacamos: **la presbiopía, las cataratas y el glaucoma.**

Al hacernos mayores los músculos que enfocan el ojo tienden a debilitarse, resultando cada vez más difícil enfocar los objetos cercanos y distinguir los pequeños detalles; estos cambios reciben el nombre de **presbiopía.**

Las cataratas es una enfermedad del cristalino (lente del ojo) que se torna opaco disminuyendo la visión. El tratamiento es una sencilla operación que le devuelve la vista.

El glaucoma es un aumento de la presión intraocular y su tratamiento debe ser urgente porque puede conducir a la ceguera. Los síntomas son: dolor ocular, visión borrosa y vómitos.

A veces se presentan síntomas atenuados procediendo al cuadro agudo, como son ligero dolor ocular, borramiento de la visión y halos en torno a las luces.

Trastornos auditivos

La función auditiva normalmente va disminuyendo a medida que se envejece (**presbiacusia**).

La menor capacidad para comunicarse conduce a una pérdida de independencia y al aislamiento.

Los sordos quedan casi siempre al margen de las conversaciones, se vuelven desconfiados y creen que la gente habla de ellos, tornándose difíciles las relaciones con los parientes y amigos.

Hay que estudiar la causa de la disminución de la audición para establecer el tratamiento correspondiente.

La presencia de tapones de cera en el oído es una de las causas más frecuentes de disminución de la audición.

Es aconsejable someterse a revisiones regulares, puesto que hay sorderas progresivas por diferentes causas, muchas de ellas tratables.

Recomendamos a quien está en contacto con un sordo:

— Háblele con claridad, con sonoridad moderada, con lentitud.
— Háblele cara a cara, con los labios iluminados, para que el anciano los vea.
— Si se emplea audífono (siempre con indicación del especialista), verificar que su funcionamiento sea correcto.
— Adóptese una actitud cordial para que el anciano no se ponga nervioso; a menudo esto requiere considerable paciencia.
— Si la pérdida auditiva no tiene solución de acuerdo al dictamen médico puede ser útil un curso sobre lectura de labios.

EL SUEÑO

— Existen pocas molestias que se presten más a ser exageradas que el insomnio, que es la dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo durante la noche, de manera que es conveniente una confirmación de las costumbres del enfermo en cuanto al sueño.

— El temor a no dormir, la preocupación del desvelo, la aprehensión al insomnio, les va creando la resistencia al sueño, hasta convertir el desvelo en un hábito.

— Las irregularidades del sueño afectan la conducta. El mal dormir no es un descanso sino que llega a producir fatiga, aunque los músculos estén en reposo.

El anciano necesita dormir, el ciclo de la vida impone a cada edad, según su actividad, determinado tiempo de sueño. El promedio a los 65 años es de 7 horas por día.

Insomnio o falso insomnio

Insomnio es cuando el paciente no puede dormirse o se despierta sin desearlo durante la noche.

El falso insomnio es caso del anciano que asegura no dormir en toda la noche debido a despertares nocturnos fugaces.

Es habitual que a la mañana siguiente asegure no haber dormido en toda la noche.

Algo muy similar ocurre con los que se sienten solos, aburridos o tienen frío y se van a la cama a las 18 o 19 horas incluso habiendo dormido una siesta.

La cantidad de sueño nocturno de una persona de edad, que no realiza ejercicios y que ocasionalmente sale a la calle está siempre reducida.

El sueño es y debe ser preferentemente nocturno, aunque una siesta corta (una hora) es una buena costumbre, si no impide o recorta el sueño nocturno sobre todo en pacientes poco activos.

Impedimentos para iniciar o mantener el sueño:

Psíquicos:	Depresión Ansiedad Duelo Uso de fármacos y/o alcohol
Físicos:	Incontinencia urinaria Insuficiencia respiratoria Trastornos cardíacos Dolores
Hábitos inadecuados:	Drogas estimulantes Comida excesiva Preocupaciones Lectura o películas excitantes Ingesta de mate, café, bebidas cola, cocoa Ausencia de ejercicio Alcohol

En la asistencia geriátrica es necesario resistir a la indicación de emplear hipnóticos o drogas inductoras del sueño debido a que:

— Alteran el ritmo normal del sueño.
— Aumentan la tendencia a que se produzcan úlceras de decúbito, neumonía, incontinencia.
— Producen amnesia general y desorientación.
— Invierten el ritmo normal de sueño/vigilia.

Al asistir al cuidado de un anciano con trastornos del sueño se deberán tener presentes todas las causales y respetarlas.

Cualquier alteración en el hábito del sueño debe ser consultado al médico geriatra-gerontólogo.

Los somníferos se deben utilizar como última instancia, y sólo cuando son indicados por el médico.

LA VEJIGA DEL ANCIANO

La formación de orina se realiza gracias al funcionamiento de un órgano depurador de la sangre (riñones), una bolsa recolectora de la orina (vejiga) y de un conducto que permite enviarla al exterior (uretra) a través del acto voluntario llamado micción.

El acto de la micción es diferente en el joven y adulto normal que en el anciano. En el caso de los primeros, la vejiga puede llenarse, distenderse y lograr volúmenes relativamente grandes (aproximadamente 300 cc) sin que exista el deseo de orinar. A partir de ahí si la vejiga no es evacuada, dicho deseo de orinar puede hacerse cada vez más intenso, pero el individuo es capaz de mantener el control hasta que logre evacuarla completamente cuando tenga la oportunidad de hacerlo.

En el anciano, como consecuencia del envejecimiento del aparato urinario, de los músculos abdomino-pelvianos y de los nervios que los regulan, la vejiga pierde capacidad de distensión (o sea es capaz de recibir menor cantidad de orina) siendo la sensación de vejiga llena menos precisa, el deseo de orinar aparece de manera brusca y el acto de la micción se torna imperioso o debe realizarse de inmediato. Esto se traduce en el anciano normal por el aumento del número de micciones durante el día y también la noche.

Si el anciano es capaz de llegar al baño o de acceder a un violín y/o un servicio recolector de orina, la evacuación de su vejiga permitirá resolver el problema. Para ello será necesario que el baño no esté demasiado lejos, que su acceso sea fácil y que dicho anciano no padezca enfermedades que entorpezcan su normal desplazamiento (artrosis, enfermedad de Parkinson, hemiplejia, etc.). ¿Qué sucede cuando por alguna razón el anciano no puede controlar voluntariamente el acto de la micción? Ocurre lo que se llama: incontinencia de orina; es decir, se produce una pérdida involuntaria de orina, de variable cantidad, con o sin sensación, en un lugar y/o momento inadecuados.

En la consulta geriátrico-gerontológica del hospital de Clínicas, veinte de cada cien pacientes que consultan padecen de algún grado de incontinencia urinaria, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres.

En el hospital Piñeyro del Campo, esa cifra se hace considerablemente mayor llegando al 50 por ciento de las ancianas residentes y presentándose en le 88 por ciento de aquellas que permanecen en cama.

Si consideramos el tiempo que dura la incontinencia, podemos dividirla en dos grandes grupos:

A) **Incontinencia transitoria**: es la incontinencia que se debe a causas corregibles o reversibles tales como enfermedades agudas; stress físico y psíquico; fecaloma; medicamentos; etc. Su importancia radica en que corregida la causa que la provocó, el individuo recobra su continencia nuevamente.

B) **Incontinencia permanente**: es aquella que persiste luego de corregidas las causas aparentes.

Tanto un tipo como otro, pero especialmente el último, tiene múltiples repercusiones psíquicas, físicas y sociales sobre quien la padece y sobre los que conviven con él, por lo que requiere una atención y cuidados muy particulares.

¿Cómo repercute la incontinencia en el anciano? Creándole alteraciones a tres niveles:

a) psicológico: aumentando su ansiedad y angustia; preocupándolo en exceso; sentimientos de culpa; tristeza y depresión asociado a insomnio (dificultad para dormir).

b) físicos: causando lesiones de piel por acción directa de la orina y por sobreinfección;

c) social: aislamiento. No sale, no recibe visitas ni participa de reuniones (por el olor y por su permanente preocupación sobre el tema). Como consec cia se inmoviliza y agrava no sólo su incontinencia sino además su estado general.

¿Qué hacer frente a estas situaciones?

Nunca desestimar una incontinencia urinaria en un anciano por mínima que sea, exigiendo la consulta con médico geriatra-gerontólogo a los efectos de determinar su causa.

1. Conocer el ritmo urinario de cada anciano, es decir saber cuánto orina y cómo. De ser posible tratar de anotar en la planilla de control diario de cada anciano. De esa forma se le puede avisar o invitar a ir al baño o alcanzar un servicio recolector de orina, antes de que ocurra el "escape".
2. Si pese a ello ocurre la pérdida de orina involuntaria, no rezongarlo; apoyarlo con actitudes positivas, con cariño, estimulándolo, cambiando sus ropas e higienizándolo.
3. Tratar de detectar y/o evitar aquellas situaciones stressantes que impidan una correcta evacuación de la vejiga, dando al anciano privacidad en ese acto, logrando una temperatura ambiental agradable, comodidad en el baño y otorgando todo el tiempo que necesite.
4. Mantener al anciano en buenas condiciones físicas, psíquicas y sociales: estimular la actividad física según sus posibilidades (caminar, juegos, gimnasia controlada, etc.) y una correcta alimentación; estimular su capacidad psíquica y vínculo social (juegos y entretenimientos, lectura, TV, radio, reuniones, etc.).
5. Nunca colocar sonda vesical sin orden del médico; si es necesario y particularmente durante la noche, puede ser de utilidad el uso de pañales desechables.

EL INTESTINO DEL ANCIANO

El envejecimiento causa cambios en el intestino del anciano, sobretodo una disminución de la motilidad o peristaltismo, siendo frecuente la dificultad en la evacuación de las heces.

Estreñimiento es la movilización del intestino con heces secas o duras, con intervalos más largos (cada tres días o más), acompañado o no de dolores abdominales. El estreñimiento es frecuente porque habitualmente el anciano se halla quieto casi todo el día, no camina (o lo hace poco) y no realiza ejercicios; generalmente come una dieta con escasas fibras (residuos que se encuentran en algunos alimentos, necesarios para formar y ablandar las heces y favorecer la movilización intestinal). Además, como bebe pocos líquidos aumenta aún más el endurecimiento y la sequedad de las materias.

En ocasiones, esto se agrava por la toma de medicamentos que provocan disminución de la motilidad intestinal.

Casi siempre, como consecuencia de todos estos factores, se forma un "gran tapón" de materias duras llamado fecaloma, que impide el paso de las heces al exterior, siendo causa de dolores o de hemorroides o de heridas en el recto y en el ano. Se asocian a menudo otros síntomas como trastornos del carácter y del estado de ánimo, con insomnio (dificultad para dormir bien), pérdida de apetito, etc., pudiendo también ser causa de un escape involuntario de orina.

A veces este fecaloma se rompe y permite el paso de heces blandas y/o líquidas acumuladas por detrás de él, provocando una falsa diarrea.

Por lo dicho, es necesario llevar un control diario de cómo el anciano moviliza su intestino, forma, cantidad, color y consistencia de las heces.

La mejor manera de tratar el estreñimiento es evitar que se produzca.

Para ello es necesario que el anciano:

1. realice diariamente ejercicios físicos y deportes de acuerdo a sus posibilidades;
2. evite su permanencia prolongada en cama;
3. estimule su actividad intelectual: leer y escribir, escuchar radio, ver TV, participar de reuniones, etc.;
4. goce de un trato afectuoso que le haga sentirse a gusto;
5. tenga (y que se le respete) su propio hábito para defecar, es decir su hora a la que esté acostumbrado y el tiempo que necesite para ello;
6. goce de privacidad y comodidad en el baño para sentarse, higienizarse, etc., en un ambiente con buena iluminación y temperatura agradable;
7. tenga una dieta adecuada, ya que ello es fundamental para un correcto funcionamiento del intestino: la dieta debe tener abundantes fibras, por lo cual debe incluir (además del resto de los alimentos) frutas frescas y en compotas, verduras, pan de trigo, salvado de trigo, arroz integral, copos de cereales, etc., y líquidos en cantidad adecuada.

Recordar que habitualmente el anciano no siente sed y por lo tanto no toma ni pide agua, por lo que es necesario ofrecerle líquidos durante el día.

- Nunca se debe aplicar enemas sin previa orden del médico.
- Nunca dar laxantes ni permitir que el anciano los tome por su cuenta, sin que exista orden del médico.
- Un anciano sano debe movilizar su intestino normalmente y esto puede ser cada dos días.
- Si pese a aplicar todo lo sugerido ello no es posible, se debe consultar al médico geriatra-gerontólogo para determinar la causa y su corrección.

HIGIENE PERSONAL DEL ANCIANO

El aspecto más saliente de la higiene personal es la limpieza o aseo.

Al anciano hay que estimularlo para que él mismo realice o colabore en su aseo personal. Nosotros en este capítulo vamos a señalar los lineamientos generales de los procedimientos más importantes como son el baño y la higiene de las cavidades.

El baño

El baño tiene fines terapéutico-higiénicos, es estimulante, reparador y tranquilizante, debe ser un procedimiento que le brinde al anciano la satisfacción de estar limpio. Es necesario un baño diario, pero en pacientes postrados, puede estar indicada una mayor frecuencia, según las necesidades.

LA VEJIGA DEL ANCIANO

La formación de orina se realiza gracias al funcionamiento de un órgano depurador de la sangre (riñones), una bolsa recolectora de la orina (vejiga) y de un conducto que permite enviarla al exterior (uretra) a través del acto voluntario llamado micción.

El acto de la micción es diferente en el joven y adulto normal que en el anciano. En el caso de los primeros, la vejiga puede llenarse, distenderse y lograr volúmenes relativamente grandes (aproximadamente 300 cc) sin que exista el deseo de orinar. A partir de ahí si la vejiga no es evacuada, dicho deseo de orinar puede hacerse cada vez más intenso, pero el individuo es capaz de mantener el control hasta que logre evacuarla completamente cuando tenga la oportunidad de hacerlo.

En el anciano, como consecuencia del envejecimiento del aparato urinario, de los músculos abdomino-pelvianos y de los nervios que los regulan, la vejiga pierde capacidad de distensión (o sea es capaz de recibir menor cantidad de orina) siendo la sensación de vejiga llena menos precisa, el deseo de orinar aparece de manera brusca y el acto de la micción se torna imperioso o debe realizarse de inmediato. Esto se traduce en el anciano normal por el aumento del número de micciones durante el día y también la noche.

Si el anciano es capaz de llegar al baño o de acceder a un violín y/o un servicio recolector de orina, la evacuación de su vejiga permitirá resolver el problema. Para ello será necesario que el baño no esté demasiado lejos, que su acceso sea fácil y que dicho anciano no padezca enfermedades que entorpezcan su normal desplazamiento (artrosis, enfermedad de Parkinson, hemiplejia, etc.). ¿Qué sucede cuando por alguna razón el anciano no puede controlar voluntariamente el acto de la micción? Ocurre lo que se llama: incontinencia de orina; es decir, se produce una pérdida involuntaria de orina, de variable cantidad, con o sin sensación, en un lugar y/o momento inadecuados.

En la consulta geriátrico-gerontológica del hospital de Clínicas, veinte de cada cien pacientes que consultan padecen de algún grado de incontinencia urinaria, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres.

En el hospital Piñeyro del Campo, esa cifra se hace considerablemente mayor llegando al 50 por ciento de las ancianas residentes y presentándose en le 88 por ciento de aquellas que permanecen en cama.

Si consideramos el tiempo que dura la incontinencia, podemos dividirla en dos grandes grupos:

A) **Incontinencia transitoria:** es la incontinencia que se debe a causas corregibles o reversibles tales como enfermedades agudas; stress físico y psíquico; fecaloma; medicamentos; etc. Su importancia radica en que corregida la causa que la provocó, el individuo reco... a su continencia nuevamente.

B) **Incontinencia permanente:** es aquella que persiste luego de corregidas las causas aparentes.

Tanto un tipo como otro, pero especialmente el último, tiene múltiples repercusiones psíquicas, físicas y sociales sobre quien la padece y sobre los que conviven con él, por lo que requiere una atención y cuidados muy particulares.

¿Cómo repercute la incontinencia en el anciano? Creándole alteraciones a tres niveles:

a) psicológico: aumentando su ansiedad y angustia; preocupándolo en exceso; sentimientos de culpa; tristeza y depresión asociado a insomnio (dificultad para dormir).

b) físicos: causando lesiones de piel por acción directa de la orina y por sobreinfección;

c) social: aislamiento. No sale, no recibe visitas ni participa de reuniones (por el olor y por su permanente preocupación sobre el tema). Como consec...cia se inmoviliza y agrava no sólo su incontinencia sino además su estado general.

¿Qué hacer frente a estas situaciones?

Nunca desestimar una incontinencia urinaria en un anciano por mínima que sea, exigiendo la consulta con médico geriatra-gerontólogo a los efectos de determinar su causa.

1. Conocer el ritmo urinario de cada anciano, es decir saber cuánto orina y cómo. De ser posible tratar de anotar en la planilla de control diario de cada anciano. De esa forma se le puede avisar o invitar a ir al baño o alcanzar un servicio recolector de orina, antes de que ocurra el "escape".
2. Si pese a ello ocurre la pérdida de orina involuntaria, no rezongarlo; apoyarlo con acitudes positivas, con cariño, estimulándolo, cambiando sus ropas e higienizándolo.
3. Tratar de detectar y/o evitar aquellas situaciones stressantes que impidan una correcta evacuación de la vejiga, dando al anciano privacidad en ese acto, logrando una temperatura ambiental agradable, comodidad en el baño y otorgando todo el tiempo que necesite.
4. Mantener al anciano en buenas condiciones físicas, psíquicas y sociales: estimular la actividad física según sus posibilidades (caminar, juegos, gimnasia controlada, etc.) y una correcta alimentación; estimular su capacidad psíquica y vínculo social (juegos y entretenimientos, lectura, TV, radio, reuniones, etc.).
5. Nunca colocar sonda vesical sin orden del médico; si es necesario y particularmente durante la noche, puede ser de utilidad el uso de pañales desechables.

Comunicar al anciano previamente el procedimiento, preguntarle cuando lo prefiere, manteniendo un horario para el mismo.

No realizarlo después de las comidas, o luego de la toma de inductores del sueño o relajantes musculares, para evitar caídas o accidentes.

Mantener un horario para levantarse, para sus comidas, en la toma de medicación, paseos, salidas y entretenimientos.

Para que el anciano no descuide el aseo personal, su vestimenta, el lugar donde vive, debemos hacerlo participar en su cuidado motivándolo e incentivándolo a mejorar su imagen de confianza física y mental en su entorno social.

Planta física donde se realiza el baño: Aberturas (evitar corrientes de aire), ambiente calefaccionado, temperatura del agua, (36 a 37°). Duchero de mano, silla pesada con regatones de goma o asiento y agarraderas en bañera, piso antideslizante, timbre al alcance de la mano del anciano. La puerta debe abrir hacia afuera, sin tranca.

Actitud frente al anciano: colaborar en la medida que lo necesite, alcanzándole material de limpieza, trasmitiéndole respecto por su cuerpo y persona, no realizando comentarios que puedan herir su sensibilidad.

De ser necesario el baño se realizará en cama, colocando un biombo para mantener la privacidad.

Material a emplear: toalla de cara, toalla de baño, trozos de toalla o esponja con mango largo, cepillo para uñas, cepillo para dientes, cepillo para pelo provisto de mango largo o asa para introducir la mano. Guante con bolsillo para introducir el jabón (manoplas). Jabón neutro, o de glicerina. Ropa personal adecuada a la estación, con aberturas al alcance de la mano del anciano preferentemente con cierres tipo velcro.

Observación: durante la higiene observar piel y mucosas, su coloración, sequedad, lesiones, prestando cuidados especiales en pliegues, zona axilar, inguinal e interdigital, cuidado de uñas y piel. El corte de uñas deberás ser semanal, de corte recto para evitar que se encarnen. Los pies luego del baño deben quedar bien secos para prevenir micosis (realizar masajes).

Higiene de cavidades: previo a cada procedimiento la enfermera realizará lavado y cepillado de sus manos.

Ojos: lavado individual con agua hervida o suero fisiológico utilizando una torunda para cada uno, efectuando el procedimiento de adentro hacia afuera varias veces. Observar si hay secreciones. Si hubiera indicación médica de uso de gotas, las mismas deben ser colocadas sin que el gotero toque el ojo. De ser necesario, usar gasas mojadas en agua estéril.

Oreja y oído externo: realizar en forma individual lavado de oreja y luego oído. Usar isopos humedecidos con agua oxigenada para quitar suciedades. Si hubiera secreciones o lesiones, comunicarlo al médico.

Narinas: procedimiento diario o según indicación médica. Observar si hay secreciones, cantidad, consistencia y coloración. Usar isopos embebidos en agua o suero fisiológico, realizando movimientos rotativos, poco profundos.

Boca: realizar la higiene con el paciente en posición sentado, semi-sentado o lateralizado si está en cama. Efectuarla varias veces al día , después de cada ingesta de alimento, en los pacientes con sonda naso-gástrica o con piezas dentarias en mal estado. Debemos tener en cuenta que se debe mantener la mucosa húmeda, de ser necesario recurrir al uso de torunda embebida en agua. El cepillado de dientes debe ser con cepillo semi-duro y no gastado; empleando pasta dentrífica y cepillando lengua y encías.

Realizar enjuagatorios con agua bicarbonatada, si fuera necesario usar torundas para la limpieza de la boca, con antisépticos bucales.

Higiene genital femenina: lavado por corrimiento, preferentemente en bidet. En la bulba observar coloración, lesiones, secreciones o sequedad (frecuente en la mujer anciana) para comunicarlo al médico. Si tiene indicado irrigaciones, explicar a la paciente el procedimiento, mantener privacidad y respeto. Cuando se realiza la higiene de la bulba, separar los labios de la misma para su observación y lavado.

Higiene genital masculina: explicar procedimiento a realizar al anciano. Observar si hay lesiones. En la higiene del pene, correr el prepucio hacia atrás, realizar lavado por corrimiento y luego bajarlo. Preferentemente si hay secreciones usar líquidos antisépticos.

Ano: lavado por corrimiento, observación de lesiones, hemorroides, tonicidad del esfínter. Realizar anotaciones y comunicar al médico si existiera alguna alteración.

4. EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ANCIANO

4.1. PROLOGO

El objetivo prioritario de la geriatría consiste en alcanzar la máxima calidad de vida para todos los ancianos.

La OMS ha señalado que para que la atención de las personas mayores sea integral (médica y social) es imprescindible que la geriatría se incorpore al distema de asistencia sanitaria.

Para el año 2000 la OMS ha afirmado que la geriatría será la cuarta especialidad médica en importancia.

Como consecuancia del gran desarrollo de la ciencia y la tecnología se ha logrado prolongar en forma considerable la vida del hombre. El promedio de vida —que hace unos años era de 50 años— llega a ser actualmente de alrededor de 80 años.

Esta prolongación de la vida se realiza a expensas de una mayor extensión del período de ancianidad.

No es suficiente vivir más años, sino que tenemos que prepararnos para disfrutar ese lapso con salud y felicidad.

La vejez no es una enfermedad sino que es una etapa de la vida y por lo tanto, no hay medicamentos para retardar o detener el proceso de envejecimiento.

El mantenimiento de la salud del anciano, se logra con un régimen de vida higiénico, con una alimentación adecuada apoyados con una constante actividad física, mental y social.

La observancia de estas normas y el control periódico por un médico especialista en ancianos, denominado médico geriatra-gerontólogo es la única forma de alcanzar sanos este período de la vida y disfrutarlo con felicidad rodeado de sus seres queridos.

- **Se trata de agregar vida a los años.**

4.2. PREVENCION DE ACCIDENTES

Los ancianos tienen frecuentemente trastornos sensoriales, presentando a menudo, una disminución de la agudeza visual y del oído.

En el sistema nervioso, la coordinación muscular y los reflejos no son tan rápidos, siendo las caídas más fáciles y frecuentes. El esqueleto pierde su consistencia, se descalcifica y así, pequeños accidentes como una caída, pueden llegar a provocar una fractura.

Medidas prácticas para evitar los accidentes en los ancianos

a) Caídas

Las caídas son los accidentes más frecuentes a esta edad.

Para evitarlos, recuerde que:

- Es conveniente que el piso no esté excesivamente pulido o encerado.
- Los zapatos deben ser cómodos, estar bien ajustados, de tacón bajo, con suela de goma y si es necesario, debe usar bastón.
- Evite que las alfombras se deslicen y procure que las mismas, como moquete y linóleum no tengan bordes levantados.
- Los pasillos y escaleras deben estar bien iluminados y tener pasamanos colocados en lugares adecuados.
- Es conveniente que haya agarraderas en el baño, junto al water y en la ducha. Se debe evitar el uso de bañeras.
- En la cabecera de la cama debe haber un interruptor de luz que se pueda accionar sin tener que levantarse.
- No se levante bruscamente de la cama: debe hacerlo en tres tiempos:

1) se sienta en la cama durante un minuto
2) baja los pies y queda sentado al borde de la cama otro minuto.
3) se pone de pie y queda un minuto parado, antes de comenzar la marcha.

- Cuando se sienta mareado, decaído o con vértigos, no intente desplazarse, siéntese o acuéstese inmediatamente.

b) Intoxicaciones por gases

Las intoxicaciones por gases son muy frecuentes en la época de frío. La combustión en braseros, estufas a que-

rosén o a gas libera gases tóxicos que producen rápidamente somnolencia y pérdida de conocimiento. Tenga presente:

- La cañería de gas y los artefactos deben ser revisados periódicamente por personal competente.
- Antes de acostarse a dormir, se debe cerrar la llave general del gas.
- Nunca dormirse en la cama o la silla, cuando hay una estufa a gas o un brasero encendido.
- Si en el baño hubiera un calentador con llama, se debe dejar la puerta entornada. Nunca la cierre o le pase llave.
- Prefiera la calefacción eléctrica, es más segura.

c) **Quemaduras**

- No apoye ni dirija una estufa encendida sobre alfombras o materiales combustibles.
- Las bolsas de agua caliente, no se llenarán hasta arriba con agua hirviendo. Deberán estar cubiertas con un forro de paño. No se usarán botellas con agua caliente en la cama.
- Si hay corte de luz, no use velas ni fósforos, tenga siempre a mano una linterna.

d) **Accidentes en la calle**

- Cuando camine por la vereda no se distraiga, mire donde pisa.
- Si al llegar al borde de la acera, ya está encendida la luz verde, espere que se encienda nuevamente para iniciar el cruce de la calle; la luz amarilla es corta y puede no alcanzar a llegar a la otra acera.
- Nunca intente subir o bajar de un ómnibus en movimiento. No baje a la calle para subir, espere que se aproxime al cordón de la vereda.

4.3. ACTIVIDADES EN LA TERCERA EDAD

A) Actividad física o ejercicio.

El ejercicio físico retrasa el envejecimiento por su acción:

a) Aleja la senilidad.
b) Nos mantiene más jóvenes, luchando exitosamente contra el conjunto de modificaciones fisiológicas y morfológicas características de la edad.
c) Nos ayuda a conservarnos aptos psicológica y socialmente.

Objetivos específicos

Activa el sistema **cardio-respiratorio**, aumentando la capacidad respiratoria y cardiocirculatoria.
Activa el sistema **muscular y articular**, aumentando el tono y la fuerza de los músculos y facilitando la movilización de las articulaciones.
Mejora la facultad de **reacción y coordinación** frente a las emergencias (traumas, caídas, esfuerzos).
Mejorar la facultad de **comunicarse y expresarse** porque se integra a grupos sociales.

Contenido

Estimular el sistema cardio-respiratorio y la circulación en miembros superiores e inferiores mediante la realización de marcha, trote, otros desplazamientos y ejercicios gimnásticos.

Mantener y fortalecer el sistema muscular (tono y resistencia); y conservar y mejorar la movilidad articular general, mediante la realización de ejercicios gimnásticos, evitando siempre movimientos y posiciones que exijan esfuerzos máximos, tratando de respetar en todo momento la progresividad metodológicamente en función de las posibilidades de cada persona.

Estimular la reacción y coordinación buscando mantener una adecuada estructuración temporo-espacial, oculo manual y coordinación dinámica general, en base a la utilización de ejercicios rítmicos; ej. con útiles portátiles, (pelotas, aros, cuerdas, etc.) y a la variabilidad en los trabajos, a los efectos de evitar la pérdida de atención por parte de los ancianos.

Tratar de lograr una buena comunicación y un estado general de alegría y relax en la actividad, a los efectos de ayudar al equilibrio psicofísico, agredido por las tensiones emocionales propias de la edad.

De la actividad física destacamos: valores socializantes, sentimiento de seguridad individual y colectiva).

Cuidado de los pies del anciano

La movilización, la actividad física y la autonomía de un anciano dependen en gran parte del estado de sus pies. El cuidado de los mismos debe ser controlado periódicamente por el geriatra.
Se aconseja:

Calzado

El calzado debe ser suficientemente ancho y largo de acuerdo con la forma del pie. No debe ser puntiagudo, ni con tacos altos. La capellada y la suela deben ser enteras y ésta última antideslizante, pero liviana y flexible.

Se desaconseja el uso de zapatillas, chinelas o calzado plástico.

Es necesario el uso de almohadillas blandas plantares y según los casos con refuerzo anatómico de sostén en la bóveda plantar que permitan el normal apoyo del pie. La articulación del tobillo debe quedar libre.

Como consideramos que son muy caros los zapatos ortopédicos de medida, aconsejamos, antes de adquirir un zapato corriente en los comercios de plaza, tener en cuenta:

— Marcar en un cartón duro el contorno del pie (parado). Recortar. Introducir esa plantilla de cartón en el zapato elegido y comprobar que entre fácilmente.

Probar entonces el zapato, teniendo en cuenta que:

- No debe poseer costuras gruesas en la capellada;
- Flexionar la suela a nivel transversal para comprobar su flexibilidad en la marcha;
- El talón debe ajustar el pie sin comprimirlo y debe estar libre el tobillo;
- Para controlar que la punta del zapato levanta ligeramente del suelo, se pondrá el zapato encima de la mesa y se observará ese detalle;
- Los zapatos muy pesados son incómodos y cansan rápidamente al anciano, limitando su marcha.
- Considerar que al probar el calzado, debe incluirse la plantilla con refuerzos según los casos.

Medias

No deben ser ajustadas ni muy gruesas o rugosas para evitar la compresión y el roce. Se prefieren las medias de lana o algodón frente a los tejidos sintéticos.

Uñas

Mantener las uñas siempre limpias y cortadas en forma recta para evitar que se encarnen. Si aparecen manchas blanquecinas, desprendimientos de la uña, uñas quebradizas, dolor o inflamación en la zona que la rodea, se debe consultar al geriatra.

Callos

Los callos o durezas se producen por la presión o el roce continuados. Hay que extirparlos, pero se deberá investigar sus causas con el fin de tomar medidas para evitar su reiteración.

Pueden ser tratados en su domicilio, sumergiendo diez minutos los pies en agua tibia, frotando luego la zona con una toalla gruesa. No utilizar instrumentos punteagudos o cortantes que puedan lastimar.

Higiene

Lave los pies con regularidad. Séquelos bien entre los dedos, evitando la maceración de la piel y secundariamente una herida o una infección. Los baños de pies con agua tibia son sedantes y mejoran la circulación. No deben prolongarse más de 10 minutos porque ablandan la piel. Agregue un puñado de sal gruesa al agua.

En el anciano (sobre todo si es diabético), hay trastornos de la sensibilidad que lo hacen más frágil frente a las agresiones. Cualquier herida o quemadura en este sector debe ser rápidamente controlada por el geriatra.

Se recomienda que una vez por semana quien cuide al anciano observe sus pies a fin de consultar precozmente frente a cualquier anormalidad.

Prepararse para realizar ejercicios físicos

- Consulte a su médico geriatra para que de acuerdo con su estado de salud, lo autorice a realizar ejercicios físicos. El le indicará cuáles son los más adecuados para usted.
- El ejercicio físico se efectuará al aire libre, toda vez que sea posible.
- Caminar varias cuadras está indicado como ejercicio mínimo diario en todos los ancianos. Los paseos al aire libre, solos o junto con otros ancianos, son recomendados en los días cálidos o templados. Nunca realizarlos en días fríos, húmedos o lluviosos. Se aconsejan cinco quilómetros diarios en noventa minutos, incluyendo las pausas exigidas por la fatiga, como meta, pero no olvide: no se trata de ejercicios esporádicos, interrumpidos, practicados solamente cuando le viene en gana. Su organismo y su mente tienen necesidad de ellos todos los días.

Se trata de una disciplina consciente, elegida, aceptada, regular y obligatoria como cualquier otra, sin traumatizarse cuando por causas ajenas a usted, no pueda cumplirla.

Si no alcanza a los cinco quilómetros en hora y media, hágalos en dos, si no llega a dos o tres quilómetros, no importa, con tal de que sean diarios y metódicos.

Recuerde, el que vive en la ciudad, durante su vida pasa unas ciento cincuenta mil horas sentado. En tal postura, el organismo sólo consume unos 250 cm3 de oxígeno por minuto.

Un paseo al aire libre aumenta el consumo de oxígeno hasta 1.000 cm3 por minuto y si se corre la cifra se eleva a 4.000.

Por algo se dice que la manera de obtener buena salud es caminar.

B) Actividad psíquica

El anciano debe leer diariamente libros, revistas o diarios, al igual que escuchar radio y ver televisión. Debe estar permanente informado de las noticias del país y del mundo, de esta forma se evita que viva refugiado en el pasado y pueda vivir en el presente proyectándose hacia el futuro.

Es conveniente que escriba cartas a sus amigos o parientes.

El cuidar el jardín y el tener animales domésticos a su cargo, le brindarán satisfacciones y entretenimientos.

C) Actividad social

Frecuentará clubes sociales, culturales, deportivos o de la tercera edad, manteniendo contacto con los demás integrantes de la comunidad.

Formará parte de las comisiones vecinales o gremiales destinadas a promover mejoras en sus condiciones de vida, semejante a la que disfrutaba cuando trabajaba.

4.4 ALIMENTACION EN EL ANCIANO

Hay una relación directa entre alimentación y salud en el anciano. Una alimentación correcta retrasa el envejecimiento y le proporciona satisfacciones en la vida del anciano.

Hay una relación causal entre la deficiencia nutricional y la disminución de las defensas del organismo, favoreciendo el desarrollo de diversas enfermedades como infecciones, cáncer, arterioesclerosis, etc.

En las necesidades nutritivas de esta edad influyen muchos factores que deben ser tenidos en cuenta

- Los hábitos alimentarios
- La mala información
- El grado de actividad física
- Las enfermedades
- El estado de la boca por falta de piezas dentarias
- El estado socio-económico
- La salud mental.

LA DIETA

Se debe tener en cuenta los gustos y hábitos del anciano así como las limitaciones que imponga su estado de salud.

Las normas generales de una buena dieta en el anciano son:

- **Atractiva** para que estimule el apetito y le proporcione satisfacciones y bienestar.
- **De fácil masticación y digestión** evitando las comidas pesadas muy grasas o con excesiva cantidad de condimentos.
- **Poco abundante**. Las necesidades de calorías del anciano son menores que las de los adultos. Si no limitamos los alimentos ricos en calorías (grasas, dulces, alcohol) pasamos a la obesidad. El control de peso es un excelente indicador de la abundancia de la dieta.
- **Comer varias veces al día**. Es conveniente aumentar el número de las comidas disminuyendó la cantidad de cada una.
- **Rica en alimentos con proteínas**: carnes, pescado, leche.
- **Equilibrada con frutas y verduras** que no sólo le proporciona elementos nutritivos sino que además son muy ricas en vitaminas, minerales y fibra dietética.

El anciano debe saber que:

1. Las necesidades de **proteínas** no se deben reducir con la edad sino que deben mantenerse, siendo conveniente que siempre estén en la dieta carnes, pollo, pescado, leche descremada, quesos y huevos (la proteína se encuentra sobre todo en la clara)
2. Debe ingerir diariamente **frutas y verduras** de acuerdo a la estación y a sus gustos. Son indispensables porque aportan las **vitaminas** y los **minerales** así como la fibra necesaria para la formación de materias fecales.
3. El aporte de calcio es indispensable, la ingestión de una taza grande de leche diaria es suficiente.
4. Limitar la ingestión de grasas de origen animal (tocino, manteca etc.) prefiriendo los aceites vegetales de soja, maíz.
5. Limitar el uso de la sal en las comidas ya que favorece el desarrollo de la **hipertensión arterial** y de las **enfermedades cardiovasculares**.
6. Es necesario ingerir liquidos en abundancia para aegurarce buena hidratación (minimo 1lt. y medio diario)

Ejemplo de una dieta para el anciano:

1) **Desayuno**

Jugo de frutas. Una taza de leche o yoghurt. Pan o tostadas con mermelada o queso. En la mitad de la mañana puede ingerirse un vaso de jugo de frutas o una fruta de estación.

2) **Almuerzo**

Sopa de verduras. Puré de papas o una porción de arroz o verduras frescas o hervidas de estacioón con un trozo de carne o pollo o pescado fruta. Dos veces por semana se puede indicar un huevo y un plato de pasta.

3) **Merienda**

Taza de leche o yoghurt con dos galleutas con mermelada o queso

4) **Cena**

Sopa de verduras o leche, fruta, pan o tostadas con una porción de fiambre. Fruta.

4.5. LOS MEDICAMENTOS

La vejez no es una enfermedad, por lo tanto no existen medicamentos para la vejez.

- Sólo tome los medicamentos indicados por su médico.
- No los tome indefinidamente. Realice consultas periódicas.
- El anciano es más sensible a la acción terapéutica y a los efectos tóxicos de las drogas, por eso se le indican dosis menores o más espaciadas ya que los mecanismos de eliminación de los fármacos por el hígado ó el riñón son más lentos.
- Cuando consulte a otro médico o a un especialista, muéstrele la medicación que toma actualmente.
- Si es alérgico a algún medicamento, hágase una chapa de identificación con su enfermedad y/o su aler-

gia y llévela siempre con usted colocada en un lugar fácilmente visible.

- Para evitar el olvido a la forma de tomar los medicamentos.
  1. Hágase una planilla con día y hora de todos los medicamentos.
  2. Con la ayuda de un familiar, distribuya la medicación semanal en una caja con reparticiones o una huevera en desuso, de modo de organizar las tomas de acuerdo a la prescripción referida en la tabla.
- Asegúrese de comprender la indicación del médico. Si no la entiende, **pregunte.**
- Pida a su médico que le dé por escrito la forma de tomar los remedios.
- Diariamente al comenzar el día, revise la planilla para no olvidar ninguno.
- No tome alcohol cuando ingiera medicamentos.

5. EL ANCIANO ENFERMO

Las enfermedades de los ancianos pueden ser de corta duración (cinco a siete días) o prolongadas (cuanto mayor es el tiempo de duración mayores deben ser los cuidados).

El anciano enfermo tiene disminuida su actividad y tiene tendencia a encerrarse en sí mismo. La persona que lo cuida tiene que luchar contra su tendencia a la pasividad y contra su dependencia física y moral.

No olvidar que una enfermedad benigna que obligue a guardar cama puede ser también el primer paso a una inmovilización progresiva

Nada más perjudicial que dejar inmóvil en la cama a un anciano

Vamos a señalar una serie de procedimientos sencillos, fáciles de llevar a la práctica destinados al cuidado de la salud del anciano enfermo:

Ganarse el respeto del paciente

Es necesario infundirles confianza y hacerlos sentir cómodos, actuando con mucha paciencia, simpatía y estímulo.

Cambios de posición

Se los ayudará a cambiar de posición (o se lo cambiará de posición cada dos horas si él no puede hacerlo: boca arriba, de costado). De esta manera el anciano está más cómodo y se evita que se dañe la piel en los puntos de apoyo.

Habitación

El anciano que enferma se siente preocupado: aislarlo en una habitación es casi siempre contraproducente, porque lo lleva a que se encierre en sí mismo, al aburrimiento y a un estado depresivo.

Si es posible, mantenerlo en su propia habitación.

Cama: no debe ser muy alta porque crea inseguridad. La altura debe ser adecuada para que al sentarse al borde de la cama, el anciano apoye firmemente los pies en el piso y mantenga el equilibrio.

Alimentación

La alimentación del anciano enfermo debe ser variada y de fácil digestión: sopas, carnes asadas, gelatinas, frutas y verduras cocidas, leche, de acuerdo a la indicación médica.

Higiene

Del cuerpo:

Los ancianos necesitan ser bañados diariamente. Si el paciente puede ir al baño, se lo puede sentar en un banco y ayudarlo a bañar con una ducha de mano. Si no puede movilizarse puede hacerse el baño en cama, colocando debajo de la sábana una tela impermeable:

— Colocar al paciente acostado, con la ayuda de una esponja o toalla se enjabona la parte posterior del cuerpo, enjuagando con agua tibia limpia y secando con mucho cuidado. Si queda humedad pueden aparecer hongos en la piel.

— Luego se higieniza la cara, cuello, parte anterior del cuerpo y genitales, con los mismos cuidados al secar.

— El cambio de ropa de cama también será diario.

De la boca:

— Deben acercarse al paciente lo necesario para que higienice su boca después de cada comida.

Movilización en cama

La ropa de cama no debe estar muy ajustada para permitir que el paciente movilice cómodamente sus piernas y pies a lo largo del día, mientras esté despierto:

— ejercicios de pedaleo
— flexión y giro de ambos pies
— al principio se le ayuda a sentarse en la cama, tratando de que colabore dentro de sus posibilidades en el aseo, alimentación y vestido.

Debe animarse al paciente a hacer las cosas por sí mismo.

Intestino y vejiga

— En ancianos con estreñimiento, se controlará que tomen mucho líquido y una alimentación rica en fibra (frutas, salvado, verduras). No usar laxantes.
— Si el paciente es incontinente, debe procurar animarlo para que no se sienta culpable y cumplir las indicaciones médicas al respecto.
— En el hombre la colocación de colectores y en la mujer de pañales, evita la introducción de sondas, que representan una puerta de entrada a infecciones.

Cómo sentar al anciano enfermo

— Cuando se autoriza a sentar al anciano, inicialmente se lo sienta apoyado con almohadas, y luego se va viendo su tolerancia a mantenerse sentado al borde de la cama, apoyando los pies en el piso, primero apuntalado con almohadas y luego sin ellas.

Cómo parar al anciano

— Aunque levantar a los pacientes de la cama es deseable, es necesario tomar algunas precauciones. No se aconseja levantar a un anciano que está aún muy débil para sentarlo en una silla, cuando realmente está más cómodo en su cama.

— Recordar que luego de unos días de cama (y más si el reposo ha sido por mucho tiempo) el anciano tiene afectado su equilibrio, la coordinación de sus movimfientos y puede sentirse mareado.
— Ejercitar en cama sus músculos para que recuperen su tono, antes de pararlo:

a) sosteniendo el pie del anciano por la parte superior (dorso del pie) se le pide que empuje haciendo fuerza hacia arriba, varias veces al día. Es un ejercicio que evita la debilidad y atrofia de los músculos del muslo.
— Una vez que el paciente es capaz de sentarse, necesita ejercitarse en pasar de la cama a la silla, de la silla al water y volver a la cama. Para ello se le sostiene, pasando un brazo detrás de su espalda, animándolo para que se apoye por sí mismo y que se mueva al máximo por sus propios medios.

La silla en que se lo siente debe ser:

— estable: no inclinarse cuando el anciano se apoya firmemente para sentarse o levantarse;
— el asiento debe tener una altura mínima de 40 cm del piso, para levantarse con facilidad.
— debe ser cómoda y fácil de limpiar.

Cuando el anciano está en condiciones de levantarse de la cama, se le vestirá con sus propias ropas y zapatos, usando lo que le resulte más cómodo. se le arreglará para que tenga un aspecto lo más correcto posible.

Aunque lleve mucho tiempo esta tarea, estimular al anciano a vestirse por sí mismo, lo va entrenando para su mayor independencia.
El anciano tiene el derecho a desear una vida independiente, digna de ser vivida.

El anciano en cama

En ancianos que guardan cama por mucho tiempo, la ayuda que se les brinda no debe sustituir las posibilida-

des del propio paciente de hacer las cosas por sí mismo.

Algunos ancianos conservan el conocimiento y la comunicación con quienes los rodean, otros permanecen en un estado de confusión o son incontinentes.

Papel de la cuidadora

1) Cuidados de la posición en cama.
2) Higiene.
3) Alimentación.
4) Movilización.
5) Realización de los cuidados y tratamientos indicados por el geriatra.

1) Cuidados de la posición en cama.

Los ancianos que están en cama necesitan cambiar frecuentemente de posición, para su propia comodidad y para evitar que el apoyo se haga sobre los mismos puntos del cuerpo durante mucho tiempo.

Cómo debe colocarse a un anciano acostado boca arriba.

— La cabeza y el cuerpo deben estar derechos, las piernas extendidas, los brazos junto al cuerpo.
— Los dedos de los pies deben estar apuntando hacia arriba
— Se colocará una toalla doblada (o un aro de polyfom) debajo de las caderas del paciente, y otra toalla doblada debajo de las piernas, de modo que quede levantada la zona entre las rodillas y los tobillos.
— Asegurarse que los talones no apoyan sobre la cama.

Cómo se coloca un anciano de costado.

— Poner el cuerpo de costado y apoyar la cabeza y el cuello sobre una almohada, colocando otra almohada entre los brazos.
— Doblar la pierna que queda arriba apoyándola sobre otra almohada (el talón debe quedar en el aire).
— La pierna que queda abajo se apoya en su parte inferior sobre una toalla, doblada.

Para colocar al anciano boca abajo (si lo tolera, y no más de dos horas por día):

— La cabeza se coloca de costado con una toalla chica doblada debajo de la mejilla, los brazos doblados a la altura del codo, apoyados a los lados de la cabeza.
— El pecho y los hombros sobre toallas dobladas.
— Las piernas quedan extendidas. Se coloca otra toalla debajo del abdomen y parte superior de los muslos.
— Los tobillos se apoyan sobre una toalla de baño enrollada para disminuir la presión sobre las rodillas y dedos.

Si aparecen zonas enrojecidas y no recobran su color normal después de cinco minutos de haber cambiado la posición, cámbielo de posición más seguido (por ejemplo, cada hora o cada hora y media).

En ancianos que se encuentran más cómodos sentados en la cama, (especialmente si sufren enfermedades respiratorias o cardíacas), debe colocarse un aro de polyfom de apoyo.

Los cuidados de posición deben complementarse con:

— Colocación de un arco sobre los pies, para evitar el peso de las frazadas;
— Ejercicios del pie, flexionándolo hacia arriba y girándolo una vez por hora.

Higiene

Piel: Los ancianos en cama deben ser bañados diariamente (ver cuidados del "El anciano enfermo"). Serán secados cuidadosamente y la ropa de cama debe estar limpia, con sábanas sin arrugas, bien estiradas.

Boca: Si el paciente usa prótesis, debe quitársela previamente, limpiar las piezas dentarias y cepillar la lengua. Si el anciano no colabora, se pueden usar gasas mojadas con agua bicarbonatada, con las que se limpian restos de alimentos, paladar, encías, lengua, hasta que toda la boca esté completamente limpia.

Alimentación

La comida debe ser variada y adecuada a las dificultades de masticación del anciano. Deben evitarse las de difícil digestión y ser ricas en fibras, para contrarrestar el estreñimiento tan frecuente en estos pacientes. Por la misma razón hay que proporcionarles mucho líquido.

Movilización

Hay que estimular al anciano que está en cama para que mueva a lo largo del día todos sus músculos y articulaciones: cuello, hombros, brazos, caderas, rodillas, tobillos.

En ancianos que no pueden movilizarse por sí mismos, el baño diario ofrece una excelente oportunidad para movilizarlos pasivamente.

El geriatra indicará en cada caso el tratamiento adecuado en trastornos digestivos, incontinencias, trastornos del carácter, que nunca deben ser tratados sin consulta previa.

Cumpliendo su cometido con amor y vocación, la cuidadora resulta un auxiliar invalorable para el geriatra en el cuidado del anciano enfermo o invalidado

LOS TRASTORNOS DE LA PALABRA

Normalmente se reconoce y se habla de una "voz de viejo". Se hace referencia a cambios que se producen en la voz con el correr de los años debido a modificaciones de la fuerza de los músculos vinculados al habla, o en la elasticidad de la laringe y a la presencia o no de piezas dentarias que determinan un tono más elevado con menor resonancia.

— El tabaquismo, las laringitis y bronquitis crónicas también colaboran en esos cambios.

— No obstante existen trastornos del habla o de una palabra que exceden lo habitual. Estos pueden ser de instalación brusca o lenta y progresiva.

— La disartria implica la dificultad en la articulación de la palabra de cualquier causa, pero es sumamente común vinculada a los trastornos neurológicos de causa neuromuscular. Puede presentarse bajo cualquier circunstancia que afecte la fuerza y la coordinación de los músculos que involucran la articulación de la palabra.

No entender lo que el paciente dice

Las razones pueden ser:

- Por defecto de formulación, por uso de palabras inadecuadas
- Por defectos de expresión, por no poder articular
- Defecto del entendimiento del lenguaje hablado
- Lenguaje hablado con sustitución de sílabas o palabras
- Por dificultad en aumentar el volumen de voz
- Por dificultad en modificar el tono.

Trastornos de la palabra de instalación brusca obligan a consulta médica inmediata

Pueden obedecer a:

- Lesiones del sistema nervioso central como ocurre en pacientes neurológicos con infartos o hemorragias cerebrales
- Pacientes con laringitis agudas
- Drogoterapia - Sedación excesiva
- Abuso de alcohol.

Crónica

Se deben a:

- Secuelas de infartos y hemorragias cerebrales
- Pacientes con enfermedad de Parkinson
- Pacientes con temblor escencial o senil
- Corea

— Intervenciones de laringe y tráquea

Si el paciente busca comunicarse, debe colaborarse en la búsqueda del entendimiento y la comunicación aunque la palabra esté alterada.

En los pacientes sordos o con audición disminuida. La voz tendrá volumen elevado, a menudo nasal y sin melodía, es decir monótona.

6. EL INGRESO DEL ANCIANO EN LA INSTITUCION DE LARGA ESTADIA (Hogares de Ancianos - Casas de Salud)

El anciano en situación de ingresar a una institución de larga estadía, se encuentra muy angustiado por una serie de pérdidas y cambios.

Pérdidas:
— de su ambiente físico, su casa, habitación, muebles
— de su intimidad
— de su entorno familiar, compañera, hijos, otros familiares o personas con quienes habita
— de su independencia

Cambios:
— de sus costumbres
— horarios fijos
— comidas compartidas
— uso del cuarto de baño

Ante esta agresión puede reaccionar:
— con una correcta adaptación
— con una respuesta de graves consecuencias, ya sea una depresión, y la autodepresión o el suicidio; o bien con una excitación psicomotriz.

Habrá que comprender que aún en los casos en los cuales la situación anterior del anciano fuera deficitaria (tanto en lo afectivo como en lo material), la institucionalización constituye siempre una agresión.

Un correcto cuidado de la salud del anciano instrumentado a través de un sistema integral de asistencia geriátrica-gerontológica, deberá adoptar las medidas necesarias que eviten su institucionalización.

La manera como se les reciba el primer día, a su ingreso, marca la diferencia en la perspectiva de reacción del individuo.

El personal deberá comprender la actitud agresiva del anciano como rspuesta inadecuada al cambio, respondiendo con cariño, paciencia y respeto.

Aunque algunos ancianos aparentan una buena adaptación al comienzo, con los días pueden entrar en estados depresivos o agresivos de variada magnitud.

El ingreso debe ser indicado por un médico geriatra-gerontólogo, pero en la práctica en nuestro medio, lo suele decidir la familia por razones más sociales que médicas, siendo frecuente que se tome en cuenta la opinión del propio anciano.

Al ingreso deberá ser valorado el estado biopatológico y psíquico, por un médico geriatra-gerontólogo, quien le confeccionara una historia clínica, (ver modelo), y efectuará las indicaciones terapéuticas.

Así mismo se llevará un control escrito sobre la vida del anciano en la institución, (ver modelo); también se recogerán todos los datos personales del paciente, (direccionario), de gran utilidad.

Historia clínica

Apellido .... Nombre......................

Edad .... Sexo ....

Motivo de ingreso ....

Antecedentes personales ....

Antecedentes familiares ....

Enfermedades que padece ....

Régimen de comidas ....

Tiene alguna limitación: física, psíquica o sensorial ....

Medicamentos ....

Rehabilitación ....

Distracciones: oír música, fútbol, etc.
comer
fumar
beber alcohol

7. EL AISLAMIENTO DEL ANCIANO

Aislamiento es un sinónimo de soledad y desamparo

El anciano pierde, por el transcurrir del tiempo:

- su poder
- sus roles
- sus familiares
- sus amigos
- al cónyuge

y se va quedando solo.

Pero se sentirá más solo en el caso que no sea capaz de recomponer su mundo y reparar sus pérdidas.

Las personas que llegan a la tercera edad y tienen más riesgo de quedar atrapadas en el aislamiento, son a nuestra consideración los siguientes grupos:

1) las mujeres
2) los enfermos, en especial los no válidos
3) los que no han diversificado sus intereses

1) Las mujeres viven de una manera especial el aislamiento, cuando su papel de madre y esposa, se pierde por la viudez o el casamiento de sus hijos. La disminución de sus tareas, capacidades y la casa sin hijos, la llevan el aislamiento y la depresión.

Los ancianos cultos y que han desarrollado otros intereses, disfrutan de una adecuada integración a otro tipo de actividades, ya sean sociales, políticas, culturales o religiosas.

2) Los enfermos, en especial los ancianos incapacitados, hacen que la familia los sientan como una carga pesada de llevar, por la responsabilidad y los cuidados que ellos necesitan.

Todo esto lleva muchas veces al anciano, a la institucionalización. El anciano se siente así despojado de su microambiente, de sus afectos y el sentimiento de que no significa nada, lo aíslan aun más en el nuevo medio, con desmoronamiento físico y psíquico, que lo acercan a la muerte.

3) Las personas que no han sabido llevar una vida satisfactoria, rodeándose del afecto de sus hijos, enriquecida por múltiples intereses o actividades, llegan a la etapa de la jubilación, y se encuentran sin planes frente al presente, no tiene actividades que justifiquen su existencia.

El anciano que por la vida que llevó se mantiene activo, es el que más intereses tiene; se integra, se mantiene informado, disfruta de lo que tiene, de su salud, del sexo; y no se aísla, cumple sus metas y es feliz.

RECOMENDACIONES

Depende de todos los que rodean al anciano, impedir su aislamiento.

Educación: que se deberá iniciar a nivel escolar, enseñando que la vejez es una etapa más de la vida, a valorar y disfrutar.

Y es el mismo joven de hoy el que debe actuar en su vida para tener los elementos que lo llevarán a una vejez feliz.

Las cuidadoras que están cerca del anciano hoy, deben tener como objetivos:

ESTIMULACION

— Conversar con el anciano, con el fin de lograr su afecto y su confianza.

— Incentivar sus propios intereses (si le agrada leer, caminar o hobbies, etc.).

— Ofrecerle opciones de actividades, darle a conocer que hay actividades programadas para la tercera edad, y que el mismo anciano debe ser partícipe activo con sus ideas y expectativas que beneficiarán a todos.

— Darle la idea de formar su propio grupo de amistades, con los cuales compartir momentos que le sean gratos.

El anciano para no aislarse, debe participar a todo nivel de las propuestas que involucren a su actividad, preocupaciones e intereses rigiendo de esta forma su propio destino.

8. NORMAS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A LOS ANCIANOS

La administración de medicamentos integra la parte de la medicina que se denomina terapéutica o tratamiento.

No sólo hay tratamiento medicamentoso, sino que hay también tratamientos higiénico y dietético; éstos dos son de mucha importancia en geriatría, por lo que estan desarrollados en capítulo aparte.

Se considera que el acto médico de indicar medicamentos es el resumen final de la actividad intelectual de diagnóstico elaborado por el médico tratante frente a un paciente enfermo. Esa afirmación no es estricta, ya que durante el proceso de diagnóstico se pueden indicar medicamentos para disminuir la sintomatología más evidente o molesta para el paciente, es lo que llamamos medicación sintomática, cuando se llega al diagnóstico definitivo, se adapta o modifica para la curación de la enfermedad. Se debe tener siempre presente que durante este tratamiento definitivo el médico debe ir haciendo cambios y ajustes tanto en la dosis como en la calidad de las drogas indicadas, de acuerdo a la evolución y la respuesta del organismo a la medicación. Esto nos lleva a la siguiente conclusión: ningún tratamiento es definitivo ni debe llevar el calificativo de "de por vida", o sea que deberá ser administrado mientras viva el paciente; todo lo contrario, los tratamientos deben cambiarse y ajustarse todas las veces que el médico considere conveniente según la evolución de cada paciente en particular.

Los ancianos que deben tomar medicamentos estarán sujetos a controles estrictos de parte de sus familiares o cuidadores, a fin de evitar que los mismos se transformen en causa de enfermedad, y que en lugar de ayudar a la curación del enfermo lleguen a ser directa de una nueva enfermedad: la producida por una mala administración de las drogas.

El paciente anciano debe concurrir a la consulta médica acompañado, de una lista con todos los medicamentos que toma, indicando en ella días y horas de administración. Dentro de dicha lista debe incluirse la medicación autoindicada, o sea aquélla que el paciente toma por su voluntad, pero que también pueden tener acciones medicamentosas pudiendo interferir con el tratamiento, como ser: analgésicos, pomadas, tés de yuyos, etc.

Si el médico agrega algún nuevo fármaco, lo hará guiándose por la lista anterior, para que no se formen asociaciones de medicamentos incompatibles o con efectos desagradables, quitando algún fármaco que en la actualidad no sea necesario, disminuyendo o aumentando otro, en suma: en cada consulta el médico ajustará la medicación a la nueva realidad presente en el paciente.

Cuando por alguna causa sea necesario que el anciano consulte a otro médico, o a un especialista; debe llevar consigo la lista de medicamentos. Se evitan así los efectos indeseables y la indicación dos veces de la misma droga con nombre comercial diferente, hecho muy común en los casos en que no se lleva una historia clínica única por cada paciente.

El anciano presenta normalmente una disminución de la memoria para los hechos recientes; este hecho afecta en mayor o en menor grado la aptitud para retener y recordar en el momento oportuno, las indicaciones de cómo debe tomar los medicamentos prescriptos.

Si a esa pérdida de la memoria reciente le sumamos otros déficits, como por ejemplo: disminución de la agudeza visual y auditiva, lo que normalmente comienza alrededor de la década de los 60, podemos llegar a la situación de que el anciano cuando debe tomar un medicamento, no se acuerda de hacerlo, y si se acuerda puede darse el caso de que no sepa cuál es, ni cuándo debe tomarlo.

Por todo esto es muy importante que otra persona sea la responsable del control de la administración de los medicamentos en las personas ancianas que presenten alteraciones en la memoria, en la visión y/o en la audición.

El médico deberá escribir las indicaciones con letra clara, si es posible en imprenta, explicándolas mientras las escribe, debe dárselas a leer al paciente y/o al acompañante, tratando de que no quede ninguna duda sobre los nombres de las drogas, las dosis y la administración diaria y semanal de las mismas.

Una forma muy sencilla de tener presente la medicación que debe ser suministrada es el utilizar una planilla como la que adjuntamos, en la que constará día a día qué medicamento debe tomar y a qué hora debe ser suministrado, junto con cuál y lejos de qué otra droga. En los últimos renglones de la planilla se anotará cualquier trastorno que el paciente presente y cualquier equivocación que se produzca en la administración de las drogas.

Las planillas deben llenarse en forma semanal y concurrir con ellas al consultorio del médico en cada consulta, a fin de que éste pueda verificar la correcta administración y los eventuales efectos secundarios de la medicación en cada paciente en particular.

PLANILLA DE MEDICAMENTOS

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7	MEDICAMENTO Ⓐ MEDICAMENTO Ⓑ MEDICAMENTO Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ	Ⓐ Ⓑ Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ
11							
13	MEDICAMENTO Ⓓ	Ⓓ	Ⓓ	Ⓓ	Ⓓ	Ⓓ	Ⓓ
15							
19	MEDICAMENTO Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ	Ⓒ
21							
OBSERVACIONES							

Las solicitudes de este material
deben dirigirse a:

Banco de Previsión Social
Unidad de Promoción Social
Arenal Grande 1448, esq. Brandzen
Montevideo

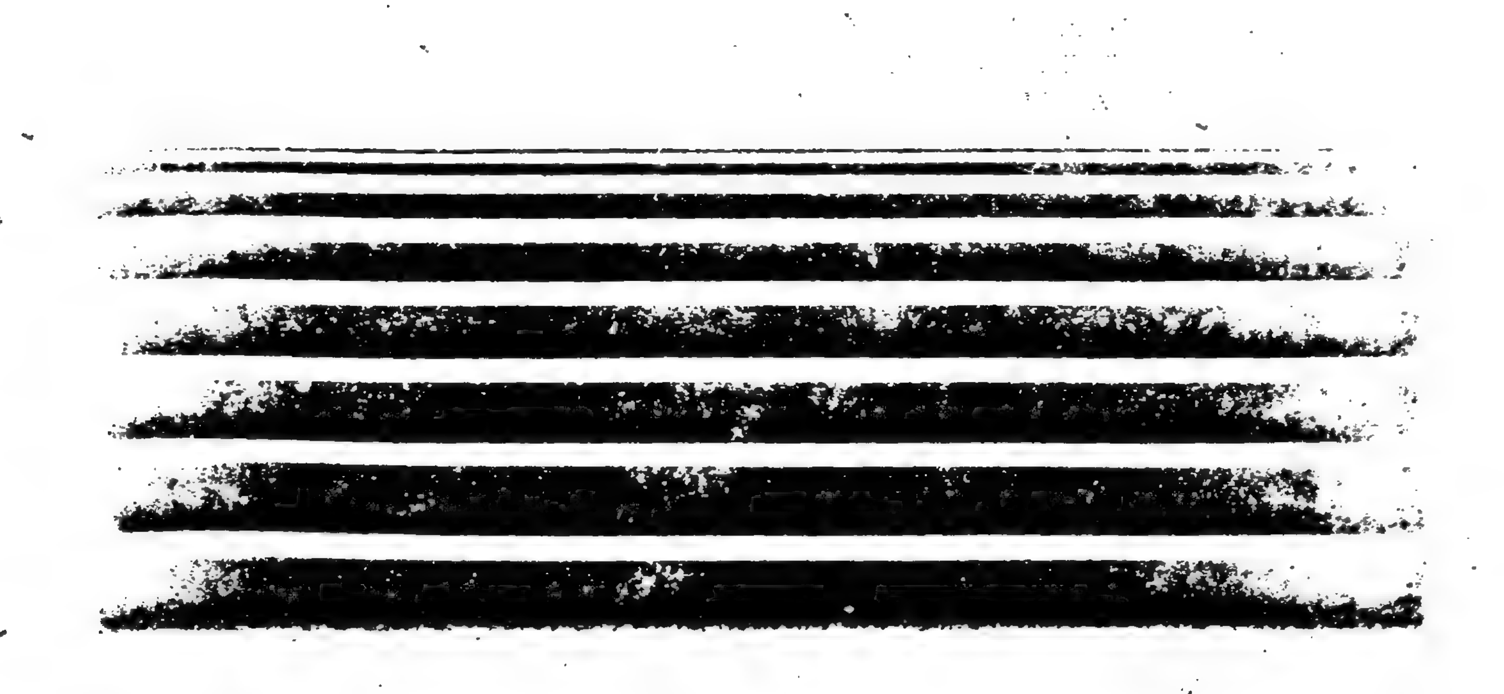
LA PRESENTE PUBLICACION
FUE IMPRESA EN LA IMPRENTA
PRODUCCION GRAFICA DEL B.P.S. N. de I. 90-022

LA PRESENTE PUBLICACION
FUE IMPRESA EN LA IMPRENTA
PRODUCCION GRAFICA DEL B.P.S. N. de I.



UNIDAD DE PROMOCION SOCIAL

MANUAL PARA EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS CON PERDIDA DE LA MEMORIA O DEMENCIA SENIL


[redacted]



AUTORIDADES

PRESIDENTE	Dr. Rodolfo Saldain
VICE-PRESIDENTE	Sr. Ricardo Romero
DIRECTORES	Sr. Daoiz Jaurena Esc. Héctor Goñi
SECRETARIO GENERAL	Dr. José Joaquín Tolosa
UNIDAD DE PROMOCION SOCIAL	Dr. Gastón Inda

Montevideo, junio de 1991



UNIDAD DE PROMOCION SOCIAL

MANUAL PARA EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS CON PERDIDA DE LA MEMORIA O DEMENCIA SENIL

TRABAJO REALIZADO POR LA
CATEDRA DE GERIATRIA Y
GERONTOLOGIA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLINICAS Y
EL BANCO DE PREVISION SOCIAL
EDITADO POR EL B.P.S.

INDICE

Equipo de redacción:

Prof. Dr. JOSE ALVAREZ MARTINEZ
Dra. G.G. ANA GAMOU
Dra. G.G. FELICIA HOR
Dr. G.G. LUIS BROQUETAS
Prof. Adj. ALVARO PINTOS
Dra. G.G. MONICA ALVAREZ
Dra. G.G. MIRTA PERALTA
Psic. G.G. DAVID KARP
Psic. G.G. MA. DE LOS ANGELES MASEDA
Aux. de Enf. NOEMIA XAVIER
Dra. MARTHA SARTHOU (B.P.S. Div. Jurídica de Pasividades)

COORDINACION GENERAL
UNIDAD DE PROMOCION SOCIAL (B.P.S.)

6

PROLOGO

Este libro está dedicado a las personas que deben cuidar y ayudar a los ancianos con pérdida de la memoria o que padecen una Demencia Senil. Por tal motivo en coordinación con la Unidad de Promoción Social, la Unidad de Geriatría y Gerontología consideraron que sería útil una guía sencilla que les permitiera enfrentarse a este desafío.

El resultado es este manual.

No pretende ser un libro de texto sino algo práctico para todos los que deben manejar estos pacientes POR ESO NO EXIGE DEL LECTOR NINGUN TIPO ESPECIAL DE CONOCIMIENTO.

Siempre que ha sido posible se ha usado un lenguaje accesible y cuando ha sido necesario recurrir a palabras técnicas éstas se han explicado.

Si bien la demencia senil comienza con una pérdida de memoria, se señalan las características de los cambios de la memoria durante el envejecimiento normal, diferenciándolos claramente de la patología.

Se exponen:

Las características de la enfermedad:
sus causas;
su diagnóstico;
sus consecuencias;
el cuidado del enfermo;
el manejo de las complicaciones más frecuentes;
los aspectos legales inherentes al problema;
así como toda la problemática familiar, sea ésta:
económica
social
afectiva
psíquica

que suscitan estos enfermos y las prestaciones económicas a cargo del B.P.S. para este sector de la población.

Esperamos que este manual sea de utilidad a todas las personas interesadas, sirviéndoles de ayuda, tratando de prevenir los problemas pero también sirviendo de guía en caso que éstos se presentaran.

Queremos también motivarlos para que se agrupen y busquen apoyos en el Banco de Previsión Social (Unidad de Promoción Social) y en la Universidad de la República (Unidad de Geriatría y Gerontología del Hospital de Clínicas).

Prof. Dr. José Alvarez Martínez
Dr. Gastón Inda

1. PERDIDA DE LA MEMORIA FISIOLOGICA O NORMAL DESPUES DE LOS 50 AÑOS

Después de los 50 años, y a medida que nos acercamos a los 60, más de la mitad de las personas normales o sanas, sin padecer ninguna enfermedad, tienen alguna disminución de la memoria, que puede aumentar con el transcurso del tiempo.

Esta situación es casi siempre corregible luego del análisis del caso por el médico Geriatra Gerontólogo. Este examen, no significa de ninguna manera presuponer la existencia de una enfermedad mental, pero permite hacer un diagnóstico sobre el estado de salud psicológico del anciano, establecer conductas terapéuticas correctoras y elaborar un pronóstico evolutivo. Es por eso que debemos describir perfectamente bien, sin dejar lugar a dudas todos los trastornos de la memoria que pueden desarrollarse normalmente en esa edad o a lo largo del envejecimiento.

Este proceso se caracteriza por:

1. **Dificultad para recordar solo determinadas** cosas, nombres, personas, objetos, números, fechas, etc.
   Esta dificultad es **transitoria y recuperable** porque lo que ahora u hoy no se acuerda, lo recordará en otro momento.
   Los olvidos son parciales para esas determinadas situaciones, no abarcando períodos completos de vida.
   Los más afectados son casi siempre los acontecimientos más recientes, permaneciendo más indemnes los lejanos, sobre todo, los de la niñez, la juventud o edad media.

2. **No es progresiva**, o sea, no aumenta significativamente con el tiempo.
   Los olvidos no se van sumando.
   Al olvido de algún nombre no se suma el olvidarse como vestirse o higienizarse.
   No se pierde el reconocimiento de la familia o los amigos, ni se desorienta en el tiempo (fecha) ni el espacio (donde está).

3. Es exclusiva, afectándose solo la memoria.
   No se pierde ni la capacidad para razonar, ni el juicio, ni se desorienta, ni aparecen asociadas otras manifestaciones psíquicas o en el sistema nervioso.
   Salvo la dificultad para recordar esos datos, la persona sigue sana.

4. **No interfiere con la vida diaria.**
   No lo aleja ni lo limita de la vida habitual. Puede seguir saliendo solo, tomar un omnibus, saber donde se baja, administrar su dinero, su tiempo libre, es decir, mantiene una actividad física, psíquica y social incambiada.
   Esta buena conservación es lo que da pie a que **sea el propio paciente que consulte por falta de memoria**, ya que es capaz de notar las dificultades que implica el tener que buscar en una guía un número de teléfono que se le ha olvidado, o preguntar algún nombre que no recuerda.
   Totalmente diferente ocurre en el curso de la enfermedad o demencia senil donde es la familia que lleva al anciano a la consulta médica por la pérdida de la memoria ya que éste no es conciente de la misma ni de los otros trastornos de su conducta.

5. Esta dificultad para recordar se puede **agravar o aumentar** cuando:
   5.1. Cuando la vista o el oido no funciona correctamente.
   Para recordar algo hay que oirlo claro o verlo bien.
   Después de los 50, son frecuentes los trastornos auditivos o visuales por lo general ignorados por considerarlos propios de la edad.
   El examen de estos sentidos por especialistas es obligatorio en toda persona con trastornos de la memoria.
   5.2. Falta de atención o de interés.
   Para recordar algo, debemos tener un "cierto interés" en recordarlo.
   Paralelamente debemos estar interesados por los hechos de la vida diaria, estar al día con las noticias, participar del entorno social, cultural o deportivo del lugar donde se vive.
   La atención y el interés debe ser general para todos los acontecimientos globalizándolos para recordarlos

integrados a la vida de la persona.
Las situaciones aisladas o tomadas cada uno por separado son más difíciles de recordar que cuando se integran.
Ej. se quiere recordar una persona que se vio el día domingo. Si se tiene presente todo lo que se ha hecho ese día, lo que se hizo antes y los que se hizo después de ese encuentro, será más fácil recordarlo.

5.3. Estado de ánimo de la persona que quiere recordar.
La situación estresante, la depresión, la angustia, la ansiedad, el miedo, "distraen" la atención y no llegan a fijar determinados acontecimientos.
Toda situación que le resulte conflictiva, estará repercutiendo en mayor o en menor medida a su memoria.
Para los que están deprimidos o decaídos físicamente, la alteración de la memoria es muchas veces la única expresión clínica de estos estados de ánimo.

5.4. Los medicamentos.
Hay medicamentos o drogas que provocan dificultad para la concentración, la atención y la memoria.
Ellos son:

Sedantes
ansiolíticos
hipnóticos
tranquilizantes
antidepresivos
cardiovasculares:
betabloqueantes
alfa metil dopa
cloridina
reserpina

A veces la supresión o la disminución de estos hecha por el médico Geriatra Gerontólogo son suficientes para recuperar completamente la memoria.

5.5. Las enfermedades
En el curso de las enfermedades orgánicas - cardiovasculares, respiratorias, osteomusculares, neurológicas o psíquicas - producen una alteración del estado psíquico apareciendo también trastornos de la memoria.
Estos son superados una vez que la enfermedad causante es descompensada.

5.6. Las toxicomanías.
El alcoholismo es frecuente causa de déficits de la memoria.

5.7. Enfermedades psíquicas padecidas por el paciente.
Frente a todo cambio de la memoria que experimente una persona que curse la preancianidad o la ancianidad, es indispensable la consulta con un médico Geriatra - Gerontólogo quien lo estudiará integramente en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, para valorar las causas y la magnitud de la misma a fin de establecer un diagnóstico positivo como base de un correcto tratamiento.

Si se trata de una disminución de la memoria fisiológica se pueden corregir los factores antes mencionados e indicar una serie de ejercicios de adiestramiento, prácticos y simples para mejorarla.

En los países de habla inglesa - E.E.U.U., Gran Bretaña -se denominan "Memory Training Programs" (programas de entrenamiento de la memoria) basados en la recuperación y rehabilitación con técnicas de fácil acceso para todas las personas, cualquiera sea su educación o su cultura.

Un ejemplo:

La repetición de nombres, fechas u objetos ayudan a que estos se fijen en la memoria.

Así también el presentar la información dividida en grupos afines y usando memotécnicas visuales y con colores llamativos son de gran ayuda para los ancianos con alteraciones de la memoria debida al envejecimiento fisiológico.

Así para administrar los medicamentos se ofrecerán las instrucciones por escrito, bien legibles, divididas en categorías, señalando los diferentes colores de las pastillas y separando las medicinas como por ejemplo las del corazón por un lado, las pastillas para el intestino por otro, las pastillas del dolor, etc., pidiéndole que repita las instrucciones y recomendándole la utilización de ayudas de la memoria como calendarios u horarios.

Lo mismo puede aplicarse en la toma de precauciones para evitar los accidentes al realizar las actividades de la vida diaria o los programas terapéuticos de ejercicios utilizando adhesivos de colores llamativos en bancos, sillas de ruedas o pasamanos.

También se puede utilizar símbolos o imágenes para señalar las distintas áreas de la casa, el comedor, los dormitorios, la T.V. o los salones de recreo, o los baños, mejorando la capacidad del sujeto para manejarse dentro de la vivienda.

2. LA ENFERMEDAD O DEMENCIA SENIL (D.S.)

En la actualidad el hombre vive más, promedialmente alrededor de 70 años. El período que se prolongó fue el de la vejez, con la consecuencia del aumento de las enfermedades propias de esta etapa de la vida.

Una de ellas es la Demencia Senil que de ser una enfermedad ocasional, pasó a ser, en la estadística actual una de las principales causas de enfermedad y muerte en el anciano.

Su inicio y desarrollo en el transcurso de la tercera edad, ocasiona una serie de acontecimientos que no son exclusivos del área de la medicina, sino que conllevan además toda una problemática económica, social y legal, que señalan desde el comienzo la complejidad y la extensión del tema.

Apoyada en esta concepción y frente a la importancia e incidencia de la Demencia Senil, la Clínica de Geriatría - Gerontología estudia esta enfermedad en forma multidisciplinaria.

Comenzamos con un análisis global del tema y su definición.

2.1. DEFINICION

Demencia es la pérdida progresiva de la capacidad intelectual, lo suficientemente severa para interferir con los actos de la vida diaria, que hasta ese entonces realizaba el anciano sin inconvenientes.

Comienza con una pérdida de memoria progresiva asociada a:

a. dificultad en el razonamiento y el juicio,
b. trastornos de la conducta, de la palabra y del reconocimiento de los objetos y de las personas,
c. cambios de la personalidad fundamentalmente en su comportamiento social y afectivo.

2.2. FRECUENCIA

Aproximadamente un 10% de la población que llega a los 65 años padece DS, un 20% a los 70 años y un 30% a los 80 años.

2.3. CLASIFICACION

La demencia no es una sola enfermedad, sino un grupo de síntomas que caracterizan ciertas enfermedades y condiciones.

Se dividen en dos grandes grupos:

- Reversibles
- No Reversibles

2.3.1. Reversibles

Existen enfermedades que causan síntomas de demencia pero que no lo son, porque una vez que el médico identifica su causa, se corrigen con el tratamiento adecuado.

Entre ellas destacamos:
Depresiones
Reacciones a medicamentos
Trastornos de la Glándula tiroidea.

Carencias nutricionales
Tumores Cerebrales
Traumatismos Cráneo-encefálicos
Alcoholismo
Infecciones: Meningitis, Sífilis
S.I.D.A.
Hidrocefalia normotensiva

2.3.2. No Reversibles

Estas enfermedades son las que nos ocupan.

Frecuencia:

Demencia senil tipo Alzheimer	70%
Demencia senil Multiinfarto	20%
Demencia senil de tipo mixto	7%
Demencia senil de otras causas	3%

2.4. CAUSAS

La forma más común de demencia es la demencia senil tipo Alzheimer caracterizada por una atrofia cerebral difusa y la reducción de sustancias químicas necesarias para la comunicación normal entre las neuronas o células nerviosas.

La segunda forma en frecuencia es demencia senil vascular o multiinfarto, la que se conoce vulgarmente como Arterioesclerosis Cerebral, causada como su nombre indica por enfermedades vasculares que van dañando partes del cerebro que pierden su función.

En este tipo de enfermedades es muy importante actuar sobre los factores de riesgo predisponentes ya que al corregir los mismos se puede disminuir su aparición.

Estos factores de riesgo son:

Hipertensión Arterial
Hiperlipidemias - Aumento del Colesterol
Sedentarismo
Tabaquismo
Diabetes.
etc.

La DS de tipo Mixto son formas que presentan ambos tipos de lesiones antes mencionados, donde la corrección del riesgo cardiovascular también juega un papel importante sobre el pronóstico y evolución de la misma.

El 3% restante incluye causas poco frecuente como:

Enfermedad de Huntington
Enfermedad de Pick
Enfermedad de Creutzfeld Jacob,
todas ellas también definitivas.

2.5. DIAGNOSTICO

El diagnóstico positivo válido se da actualmente en base a una documentación obtenida luego de recorrer un protocolo diagnóstico multidisciplinario, siempre buscando descartar cualquier causa reversible para actuar sobre ella.

E.S.G.A. (Estudio de la Salud Global del Anciano) - lo hace tanto a nivel biológico como psíquico y social.

Consta de:

a) Historia clínica
- del deterioro intelectual progresivo, señalando su inicio y su curso.
- del resto del organismo del anciano, ya que puede y es frecuente que presente otras enfermedades asociadas que pueden corregirse.
b) Examen físico
c) Examen Psíquico:
Estudio neuropsicológico mínimo que valora la memoria, la inteligencia, la capacidad de aprendizaje, etc.
d) Estudio del núcleo social, tanto primario -los que conviven con él- como secundario -comunitario-,
e) Estudios paraclínicos fundamentalmente para pesquisar casos reversibles:
Valoración bioquímica, humoral, metabólica y urinaria.
E.E.G.
Mapeo topográfico cerebral (Brain Mapping)
TAC
RNM
Ecoflow de los vasos del cuello.
La única forma de confirmar el diagnóstico de DS es por estudio del tejido cerebral al microscopio, pero de cualquier manera la precisión del diagnóstico llevado a cabo por este protocolo es superior al 90%.

2.6. PRONOSTICO

El diagnóstico positivo válido de DS conlleva un pronóstico severo, no sólo por la falta de terapéutica específica sino además por toda la problemática evolutiva con un promedio de vida luego del diagnóstico que oscila entre 2 a 10 años, pudiendo ser más.

2.7. CONSECUENCIAS

El enfermo exige una asistencia permanente multidisciplinaria constante de elevado costo, acompañada de una situación familiar estresante por la connotación genética y por las obligaciones sociales y legales que le ocasiona a todo el núcleo de personas que con el enfermo conviven.

Es importante destacar que la DS también afecta a la familia del paciente que la padece. El costo emocional, social y económico de cuidar a una persona que sufre esta enfermedad es muy elevado. Frecuentemente la persona que cuida un paciente con DS tiene poco tiempo para cuidarse a si misma, para atender sus otras responsabilidades o pensar sobre su salud, su vida social o sus propios sentimientos. El cuidador y a veces otros familiares que no lo cuidan sienten a menudo enojo, miedo, depresión, confusión siendo posible que no reconozcan estos sentimientos o que nieguen la gravedad de la situación.

En otros países existen grupos de apoyo para todos los involucrados con el enfermo que contemplan no solo las necesidades del paciente sino también las de la persona que le presta cuidados.

A medida que la enfermedad progresa y desintegra en forma cada vez mas importante al anciano, es habitual que los especialistas vayan pasando al enfermo de uno a otro hasta llegar a su internación en un hogar de ancianos, con una terapéutica polivalente, poco racional que muchas veces no es ni sintomática.

El equipo multidisciplinario está integrado por:

- Médico Geriátra - Gerontólogo
- Enfermera Geriátra - Gerontóloga
- Psícologo Geriátra - Gerontólogo
- Asistente Social Geriátra - Gerontólogo.

El Médico Geriátra-Gerontólogo será el encargado de diseñar la estrategia a seguir en la conducción del enfermo: organizando la atención del paciente y prestando apoyo a la persona que lo cuida.

La estrategia tiene como meta principal: ayudar a que el paciente mantenga por el mayor tiempo posible las

habilidades y destrezas que todavía tiene mediante ejercicios, actividades sociales, buena nutrición, mantenimiento de la salud, y un ambiente de apoyo bien estructurado.

El poder llevar a cabo tareas simples aumenta la autoestima, y si la enfermedad se diagnostica temprano el paciente podrá participar aun en la planificación de sus asuntos económicos teniendo asi algún control sobre su destino.

El uso de medicamentos en la DS es lo corriente. Con frecuencia se van sumando nuevos preparados a los que ya tomaba, para tratar un nuevo síntoma.

Este uso indiscriminado de productos muchas veces es el responsable de los nuevos síntomas o de su agravamiento resultando siempre en un grado mayor de invalidez para el anciano.

Sin embargo son varios los mecanismos que se pueden usar para aliviar y controlar los síntomas que causan mas problemas.

Bajo estricta supervisión del Geriátra se puede usar un medicamento para corregir la depresión, los trastornos de conducta, el insomnio, etcétera.

3. EL ANCIANO ENFERMO

Habitualmente los primeros síntomas de la enfermedad aparecen cerca de la mitad de la década de los sesenta años, pero pueden iniciarse a cualquier edad. El hecho de que parezca afectar más a las mujeres que a los hombres es porque éstas viven más años, y entonces, tienen más probabilidades de padecerla.

El comienzo es tan sútil, que la mayoría de las veces durante algún tiempo los familiares no notan el inicio de la enfermedad y adjudicarán a la edad el hecho de que se esté volviendo mas olvidadizo.

Frecuentemente cuando se consulta es porque la progresión de la enfermedad ha tenido consecuencias que les han alarmado; por ejemplo olvida apagar el fuego y se quema, sale de la casa y se pierde y maneja mal su dinero o sus cosas.

Los síntomas de la enfermedad al evolucionar reflejan el deterioro contínuo intelectual. El hecho que no todos los pacientes presenten el mismo cuadro se debe a las áreas del cerebro afectadas, a la extensión e intensidad de las lesiones, y a la personalidad previa del paciente.

La progresión de la enfermedad puede acelerarse por diversos factores como puede ser:

- el esrés de una operación o su anestesia
- traumatismos físicos o psíquicos a veces estos mismos pueden ser los que desencadenen o marquen su comienzo.
- la jubilación en no pocos casos aparece como el detonante del proceso por el impacto que las pérdidas económicas y sociales le ocasionan a la persona.

Los síntomas mas destacados son:

- trastornos de la memoria
- desorientación de tiempo y/o lugar
- desconocimiento de personas y objetos
- trastornos de la palabra
- juicios inapropiados
- alteraciones del comportamiento
- alteraciones de la personalidad y el estado de ánimo
- depresión
- excitación.

3.1. LA MEMORIA

Los enfermos con DS olvidan rapidamente las cosas sea lo que acaba de oír o hacer, teniendo los familiares que repetirle una y otra vez; olvidan donde están, el paso del tiempo, la fecha, el año, no reconocen a sus amigos, familiares o cuidadores.

Olvidan sobre todo los hechos recientes, los últimos actos realizados, conservando mucho mejor la memoria antigua, mas lejana, su infancia, su juventud, sus ocupaciones.

No puede recordar los acontecimientos más próximos o los ocurridos durante la enfermedad, si la memoria de cuando estaba sano.

Esta memoria anterior tampoco es perfecta o armónica, los recuerdos son fragmentados, son episodios aislados.

No es la historia continua de su vida sino una superposición muchas veces de hechos distantes entre si o recordados solo en forma parcial.

Los allegados al anciano notaran:

- pérdida de objetos, porque olvidan donde los dejan.
- dificultad en nombrar objetos que les son familiares no encontrando la palabra adecuada.
- olvido del lugar de su notas recordatorias
- pérdida del hilo de la conversación
- olvido del pago de sus cuentas
- olvido de su medicación o volverán a tomarla ya que han olvidado que lo han hecho
- que han dejado sin cerrar la llave del gas o la puerta de su casa
- etcétera.

En los comienzos podrán desenvolverse sólo en ambientes conocidos, y dado que por la falla de memoria se alterará la capacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana, a medida que progrese la enfermedad irán necesitando cada vez más ayuda, incluso dentro del hogar y con tareas sencillas tales como higienizarse o ir al baño.

En las etapas más avanzadas, llegan a necesitar que se les indique cada parte de la actividad que deben realizar, siendo entonces totalmente dependientes incluso para los actos primarios como por ejemplo el alimentarse.

Para compensar esta pérdida de memoria el cuidador deberá tomar una serie de medidas:

1. Establecer una rutina diaria, manteniendo dentro de lo posible el mismo horario y orden de cada acto: se levanta, se higieniza, desayuna, realiza caminata, reposa, lee noticias, almuerza, reposa, realiza actividades recreativas, merienda, pasea, reposa, cena reunión con seres queridos, se asea, y duerme, por citar un ejemplo.

2. Estimular en lo posible su memoria hablándole de su vida, mostrándole fotos. Reiterarle varias veces en el día sin que el anciano lo pida, la fecha, la hora y las cosas que deberá hacer inmediatamente, a continuación: comer, cepillarse los dientes, realizar ejercicios.

3. Mantener la higiene de la casa y del enfermo, siempre estimulándole a que el mismo realice todo lo que por sí mismo pueda.

4. Mantener los objetos de uso diario en el mismo lugar para que los vea fácilmente. Reconocerá mejor los objetos si estos son siempre idénticos: la misma marca de pasta de dientes, de jabón, el mismo tipo de toalla, etc.

5. Limitar las pertenencias a lo indispensable para facilitarle ciertas tareas, como por ejemplo: guardar toda la ropa y el calzado que no sean apropiados para la estación. No deje objetos a su alcance que puedan ponerle en riesgo como son objetos cortantes, fósforos, encendedores, sustancias tóxicas, artefactos eléctricos, su propia medicación.

3.2. PERDIDA DE UBICACION EN EL ESPACIO (LUGAR) Y EL TIEMPO (FECHA)

Son funciones superiores muy especializadas del sistema nervioso el sentido de ubicación en el espacio, es decir, reconocer el lugar donde nos encontramos; y también juzgar el paso del tiempo.

Estas habilidades se pierden desde las primeras etapas de la enfermedad. La pérdida de la memoria desubica al enfermo, no permitiéndole reconocer el sitio (calle, barrio, casa) ni medir el tiempo (año, mes, día, hora).

Es habitual que pregunten varias veces la hora, donde están, pidiéndole al cuidador que lo lleve a su casa, o a la de algún familiar, solicitan el almuerzo o la cena, o que se les acueste a cualquier hora, porque ellos creen que es la hora de cumplir con estos actos.

Esta situación puede originar cambios en la vida del paciente, sobre todo si se le permite dormir sentado o recostado durante el día, llegando a invertir el ciclo normal diario, durmiendo de día y permaneciendo levantado durante la noche, provocando una conmoción en su núcleo social.

El paciente con DS no tiene porque estar confuso.

Si por cambios en su medio ambiente, casa, persona que lo cuida, o por una enfermedad intercurrente se le somete a una nueva situación, no podrá entender porqué se encuentra en ese lugar o de esa manera, no pudiendo entonces identificar a quienes le rodean ni donde se encuentra, volviéndose confuso. Aunque el acontecimiento pase rapidamente, será muy difícil volver a ubicarlo en la rutina conocida que ya tenía.

El mantener la rutina diaria, mantener el mismo orden de los objetos, repetir nombres y fechas continuamente, etc., ayuda a que el enfermo reconozca con mayor facilidad y se ubique en el tiempo.

3.3. TRASTORNOS DEL JUICIO

Los enfermos con DS pueden presentar alteraciones del juicio, (capacidad de tomar decisiones en base a las evidencias que poseen) desde las primeras etapas de la enfermedad.

- Lucirá ropa inadecuada para la época del año.
- No valorará el peligro de sus acciones: fuego, tránsito, etc.
- Ingerirá cualquier tipo de alimentos y objetos.
- Culpará a otros de sus fallas de memoria, incluso denunciando robos que no ocurrieron.
- Tomará decisiones económicas equivocadas sin reconocer su error ni valorar sus consecuencias:

otorgando poderes generales sobre sus bienes.
vendiendo su vivienda
donando sus pertenencias, pasando luego grandes apremios económicos por el abuso que de este hecho se hará.

El evitar los accidentes y facilitar las decisiones del anciano en los hechos cotidianos ya lo hemos comentado.
La protección legal del enfermo se verá en el capítulo correspondiente.

3.4. ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO O DE LA CONDUCTA

El comportamiento de los pacientes con DS varía de uno a otro y también varía según el momento, en el mismo paciente.

La ambición y la espontaneidad disminuyen. Pueden mostrarse pasivos o fácilmente agresivos e inquietos. Habitualmente muestran gran indiferencia hacia el medio que les rodea y las actividades que en él se desarrollan, cerrando cada vez el círculo de sus intereses, perdiendo la preocupación por sus familiares y amigos, acabando en la retracción social. Las interferencias en sus rutinas por ejemplo de nietos o nuevos cuidadores les provocan gran resentimiento.

Debido a las alteraciones de la inteligencia y de la memoria, que presentan, muchos enfermos olvidan rápidamente sus problemas y aceptan su situación con conformidad presentando trastornos del comportamiento solo excepcionalmente.

Otros, en cambio, se muestran intranquilos, y deambulan de un lado a otro, en busca de algo que no pueden describir. Hay pacientes que requieren un área cerrada, para alejarlos del peligro que ellos no pueden discernir.

Los trastornos mas frecuentes son:

DELIRIOS: Les esconden o roban objetos; no reconocen su propio hogar, escapándose para "volver a casa"; su cuidador o cónyuge es un impostor; acusan y/o sospechan de que serán abandonados o institucionalizados; acusan de infidelidad sexual o social.

ALUCINACIONES

Visuales
Auditivas
Olfativas
Sensitivas
Pueden ver, oír, oler, y sentir, cosas o personas, respondiendo a ellas con o sin agresividad.

3.4.1. TRASTORNOS DE CONDUCTA

- Vagabundeos: actividades o movimientos repetitivos sin finalidad: vestirse, desvestirse; guardar y sacar la ropa de los armarios, etc.
- Fugas de su hogar, de su cuidador, etc.
- Actividades inapropiadas: esconder objetos, conductas sexuales descontextuadas, agresividad, gritos, palabrotas, amenazas, violencia física.

3.4.2. TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

- LLanto fácil
- depresión
- ansiedad
- fobias o miedos a quedar solo

Cualquier alteración o trastorno del comportamiento que note en el enfermo debe ser consultado rápidamente al médico GG. para ser debidamente tratado.

En espera de intervención médica el cuidador debe intentar tranquilizar al paciente, escuchándole y hablándole con respeto, tratando de comprender el problema del paciente y trasmitiéndole la seguridad de una pronta solución al mismo.

3.5. DEPRESION EN LA DEMENCIA SENIL

La depresión constituye uno de los problemas más frecuentes en la población geriátrica, con prevalencia entre un 10% y un 15%, siendo un 40% en los institucionalizados.

Los pacientes con DS frecuentemente sufren depresión. Estudios realizados en EEUU indican que entre 5% a un 20% de los pacientes con DS tipo Alzheimer (DSTA) y un 25% a 30% de los que padecen Demencia Multiinfarto (DMI) desarrollan depresión en algún momento en el curso de la enfermedad.

Causas Predisponentes o desencadenantes:

La depresión en la DS puede aparecer primariamente sin ninguna causa aparente, o en forma secundaria como consecuencia de una problemática:

1-GERONTOLOGICA

Cambios en el medio ambiente que rodea al paciente, como podrían ser cambios de domicilio, o de su ubicación dentro de la casa, cambios de cuidador, de la rutina diaria o de sus costumbres habituales, momentos en los cuales el paciente suele sentirse en una situación extraña o que no reconoce.

También suele producirse como reacción luego de la institucionalización o falta de afecto y comprensión por parte de su familia o de las personas encargadas de su cuidado.

2-FISICA

Puede desarrollarse secundariamente a enfermedades como anemia, infecciones, deshidratación, trastornos metabólicos, de la glándula tiroides, diabetes o alteraciones renales y malnutrición.

3-FARMACOLOGICA

Por la medicación que recibe como algunos antihipertensivos, psicofármacos, antiparkinsonianos, antirreumáticos, digital, etc.

Diagnóstico

El reconocimiento de la depresión en la DS es difícil ya que la sintomatología depresiva suele presentarse enmascarada, siendo los síntomas más frecuentes:

- Pérdida del interés en lo que le rodea y en las actividades que realizaba usualmente
- Fatiga o cansancio, falta de energía o aumento del tiempo de permanencia en cama.
- Apatía o aislamiento.

- Retardo psicomotor con disminución de la actividad física o verbal
- Preocupación excesiva por síntomas físicos
- Trastornos del sueño con insomnio o hipersomnia o despertarse de madrugada.
- Trastornos del apetito ya sea aumento o disminución con oscilaciones del peso, negativa a comer y a tomar líquidos o rechazo a la toma regular de medicamentos.

Son síntomas menos comunes en el paciente anciano con DS la disminución de la libido, la agitación, los sentimientos de culpa, las ideas suicidas, disturbios en el humor, o tristeza.

3.5.1. TRATAMIENTO

Las medidas que deben tomarse para ayudar a un paciente con DS que desarrolla una depresión son las siguientes:

Tratar de identificar la causa de la depresión y si es posible eliminarla y proporcionarle al anciano confianza y seguridad.

Brindarle un medio ambiente acojedor, con afecto, comprensión y compañerismo evitando que se sienta solo, aislado o menospreciado; recuerde que la delicadeza en el trato es una forma importante de trasmitir afecto y apoyo.

Prevenga accidentes ya que si bien las ideas suicidas en estos pacientes no son frecuentes, pueden estar presentes aunque el enfermo no las trasmita verbalmente.

Consulte a su médico ya que como dijimos puede tratarse de una enfermedad física o de un efecto colateral de la medicación.

Debemos tener en cuenta que si bien no existe un tratamiento efectivo para la DS, la depresión asociada responde a las terapéuticas habituales:

- Medicación Antidepresiva
- Terapia electroconvulsiva en aquellos que no responden a las medidas anteriores o que presentan síntomas psicóticos o ideas de suicidio.

3.6. AGITACION EN LA DEMENCIA SENIL

Es una de las complicaciones mas frecuentes de los pacientes con DS.

3.6.1. DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza en base a la siguiente sintomatología:

- Hiperactividad motora

El paciente hace gestos, levanta los brazos, mueve las manos, si está sentado o acostado se levanta, camina, flexiona la cabeza dirigiendo la mirada a lugares de la habitación sin ningún motivo. Flexiona en forma simultánea o alterada los miembros inferiores. Esta actividad es casi siempre repetitiva, incoordinada e inconducente.

- Trastornos psíquicos

Con irritabilidad, ansiedad, agresividad, inestabilidad psíquica reacciona de manera desproporcionada frente a estímulos comunes del medio ambiente como ruidos, luz, conversaciones.

Puede asociarse una desorientación de tiempo y lugar.

- Trastorno de la palabra

Habitualmente con verborrea en donde el paciente habla casi constantemente de cualquier cosa relacionada o no con su presente o su pasado.

- Insomnio

El anciano no logra dormirse o despierta luego de haberse dormido.

En estos casos la administración de un sedante o un hipnótico puede agravar la situación.

3.6.2. CAUSAS

Las causas de la agitación pueden ser varias:

- Causas médicas

Como: anemia, deshidratación, problemas cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal, trastornos endócrinos,

traumatismos craneoencefálicos, neoplasmas, trastornos psiquiátricos, fiebre, retención de orina, constipación y/o fecaloma.

- Causas medicamentosas

Intoxicaciones por medicamentos como algunos analgésicos, antialérgicos, antibióticos, antihipertensivos, psicofármacos, antiparkinsonianos, medicación antidiabética, digestivos, corticoides, digital; a los que puede asociarse alcoholismo y mas raramente drogadicción.

- Causas Geriátrico Gerontológicas

Internación, sobre todo cuando se realiza contra la voluntad del paciente, cambios de domicilio, soledad o aislamiento, estréss, ruidos molestos, luz excesiva, presencia de personas extrañas o desconocidas para el paciente.

3.6.3. TRATAMIENTO

Debemos saber que la medicación en estos casos solo es efectiva en un 33% de los pacientes y que el otro 67% se soluciona mediante cambios en el estímulo del medio ambiente y a veces la medicación que resulta apropiada es contraproducente llegando a agravar el cuadro.

Como primer paso debemos tratar de encontrar la causa de la agitación y suprimirla.

Medidas higiénico ambientales:

El anciano debe estar solo en la habitación protegido de la luz excesiva y de los ruidos molestos.

No debe estar acostado por la posibilidad de caída de la cama.

Se mantendrá preferentemente sentado, si se pone en pie nos colocamos a su lado para evitar traumatismos o la salida de la habitación. Mantener la temperatura ambiental alrededor de 20 grados, evitando los fríos o calores excesivos.

Tranquilizar al anciano a través de la conversación o el diálogo con el cuidador o familiar que debe acompañarlo durante todo el transcurso del cuadro clínico.

Comunicarle lo que se debe hacer, por ej: antes de la extracción de sangre o el cambio de habitación o algún examen especial, etc.

Vigilar, proteger, cuidar, evaluar al anciano.

La conversación sirve para comunicarse con el paciente y saber lo que quiere, que le pasa, y que siente.

No debe estar de acuerdo en todo con él, ni tampoco contradecirlo, sino escucharlo, con afecto, sin involucrarse manteniendo siempre el control de la crisis.

La presencia de un familiar en la habitación puede ser un factor de tranquilidad siempre que sea alguien a quién el paciente quiera y con el cual tenga una buena relación.

No debe limitarse físicamente al paciente atándolo a la cama o la silla o mantenerlo agarrado de las manos.

No dar medicamentos sin saber las causas que origina el comportamiento y no medicar a dosis mayores que las recomendadas por el médico.

En todos los casos después de tomar todas estas medidas llame a su médico para que realice un exámen en busca de causas médicas y eventualmente medique al paciente.

3.7. COMUNICACION CON EL ANCIANO LA CONVERSACION Y LA PALABRA

El anciano con DS puede tener problemas de comunicación a dos niveles:

1) Expresión - dificultad para expresarse o decir lo que quiere.

2) Comprensión - no entienden lo que le hablan.

Expresión:

No logran encontrar las palabras para expresarse, no recordando los nombres de las cosas o las personas que tienen a su alrededor o que quieren nombrar.

A veces cambian una palabra por otra parecida o relacionada, pueden describirla con gestos o indicando el lugar donde se encuentran.

En otras oportunidades cuando la enfermedad progresa y el trastorno se acentúa, utilizan palabras inventadas por ellos o solo recuerdan, las de uso mas corriente como: "A veces", "si", "no", "claro"; o saludos como "buenos días"

"adiós" y las emplean en todas las situaciones tenga sentido o no.

Otras veces recuerdan alguna frase o frases de una canción poesía o texto y la repiten constantemente hablando solos.

Comprensión:

Aquí las dificultades son mayores porque o bien el enfermo olvida rápidamente lo que le dicen o de entrada no lo entiende.

Una manera fácil de aclarar esta situación es colocarle delante del enfermo en una mesa tres papelitos de distintos color y tamaño y decirle que tome con la mano y levante el papelito rojo o más chico.

Si entiende ejecutará la orden, en caso contrario lo hará mal o no tomará ninguno.

3.7.1. CONSEJOS PARA HACERSE ENTENDER CON EL ENFERMO

1. Asegúrese que el anciano oye bien haciendo una consulta con el especialista y efectuando un audiograma. Muchas veces la incomunicación es el resultado de una sordera.

2. Elimine todos los ruidos, sonidos, luces, o situaciones que distraigan la conversación.

Para ello elija un lugar tranquilo y apartado.

3. Háblele despacio (lento) pronunciando bien y pausadamente cada palabra en un tono de voz habitual (si es muy alta o muy baja no lo va a escuchar).

4. Utilice frases cortas y no le diga o pregunte mas de una cosa. Si no obtiene respuesta vuelva a repetir la frase.

5. Espere a que responda antes de continuar con su conversación, a veces demora en responder. Tenga paciencia y espere un lapso prudente.

6. Algunas veces el enfermo responde con gestos o hace mímica de lo que quieren decir. Mantenga el tema de la conversación aclarándole con otras palabras.

7. Estimúlelo constantemente.

No le corrija siempre los errores, pasando por alto alguno de ellos

No le presione en la respuesta dándole la oportunidad de responder.

3.8. TRASTORNOS DE LA COORDINACION MOTRIZ (PRAXIA)

Se entiende por coordinación motriz (praxia - palabra griega que significa "acción") la facultad de efectuar armónicamente y casi en forma automática los movimientos comunes de la vida diaria adaptados a los fines que buscamos como vestirse, peinarse, saludar, beber de un vaso, comer, etc.

Son actos complejos y para realizarlos son necesarias la integridad del Sistema Nervioso Central, comenzando por:

1 - la identificación del objeto o instrumento a emplear, ej. "peine" para peinarse.
2 - Decidir utilizarlo.
3 - Evocar cada uno de los actos parciales para cumplir con la función total.
4 - Efectuar el acto - peinarse en nuestro ejemplo.

Este complejo mecanismo psicomotor se deteriora como función superior en los primeros estadios evolutivos de la enfermedad fallando sobre todo al comienzo del acto o sea en la identificación del objeto, denominándose "AGNOSIA" al no poder reconocer los objetos, las personas, lugares, cosas, etc.

La pérdida de la coordinación de las manos y brazos son lo que ocasionan los mayores problemas porque interfieren haciendo difícil o imposible las acciones comunes de la vida diaria.

Como medida defensiva frente a estas dificultades el anciano renuncia a la actividad quedándose quieto o se deprime.

La tarea del cuidador es ayudar cooperando en las realizaciones de estos actos, no avergonzarlo, ni reprimirlo, comunicando esta situación al médico para que sea debidamente evaluada.

La rehabilitación consiste en evaluar las habilidades motrices que conserva para hacer uso de ellas lo mejor posible.

No pierda tiempo enseñándole cosas nuevas porque no tienen memoria para "Almacenarlas".

4. LA ATENCION DEL ENFERMO

La atención del enfermo con DS bajo la supervisión del médico Geriatra Gerontólogo y por todo el equipo multidisciplinario de técnicos en psicogeriatría, fisioterapia, laborterapia, actividad física, psíquica recreativa, enfermería y alimentación.

El médico Geriatra Gerontólogo (G.G.) mantendrá el cuidado de la salud general y de las patologías del anciano ejerciendo un estricto control evolutivo de la DS, realizando las interconsultas con los otros especialistas unificando las distintas indicaciones terapéuticas en cada estadio de la progresiva enfermedad.

4.1. ANALISIS DE LAS CAPACIDADES DEL ANCIANO CON DS POR EL EQUIPO GG.

Este examen es fundamental ya que de él depende su tratamiento integral.

Saber lo que puede hacer el anciano, hasta donde llegan sus capacidades, como lo podemos ayudar y rehabilitar en una etapa diagnóstica previa al planteo terapéutico.

El diagnóstico de las capacidades es el resultado de la evaluación del Equipo GG, quien supervisará evolutivamente los resultados.

Las indicaciones se deben efectuar por escrito en la Historia Clínica, así como la evolución y los resultados terapéuticos.

Del análisis de sus capacidades surgirá el plan de rehabilitación sobre los distintos parámetros.

4.2. ACTIVIDADES

Es necesario efectuar un programa de actividades para mantener ocupado durante el día al enfermo.

4.2.1. Físicas

Asegurar la movilización constante del anciano por medio de gimnasia, marcha, juegos, deportes.

Aún cuando esté sentado, hacerlo parar, caminar, movilizarle los brazos, las piernas y los pies, no dejándolo inmóvil.

Cuando está inhabilitado para la movilización activa se recurrirá a la pasiva o movilización asistida, junto con masajes o fisioterapia de los distintos grupos musculares.

Se consideran también actividades físicas las ayudas que el anciano puede prestar en la vida diaria colaborando en la elaboración de la comida, servir la mesa, asear la casa, etc.

La laborterapia ocupa un lugar de primera importancia porque conlleva el incentivo físico y psíquico de modificar por nuestra acción algunas cosas del mundo que nos rodea.

4.2.2. Psíquicas

Cualquiera sea el estado del paciente se lo debe estimular psíquicamente haciéndole leer o mirar diarios, revistas, libros, escuchar radio, mirar T.V. -sin hacer de este su único estímulo- haciéndole comentarios sobre lo leído o visto.

Si puede escribir, facilitarle los elementos para que lo haga, y estar a su lado para asistirlo en sus dificultades.

Leerle cartas de sus familiares y amigos.

Hablarle o comentarle hechos o situaciones de su vida ayudándole a recordar su pasado.

Para mantener la atención o el interés elija las tareas de preferencia sabiendo que la inmensa mayoría de las veces el tema saldrá como resultado de la conversación con el anciano.

4.2.3. Sociales y Recreativas

Se deben promover reuniones sociales con motivo de cumpleaños, aniversarios, o en días festivos, o sin motivo

aparente, con la finalidad de compartir momentos gratos con familiares y amigos.

Se debe fomentar el dibujo y la pintura, el cuidado de animales, plantas o del medio ecológico haciéndole contemplar el paisaje, una puesta de sol, el vuelo de los pájaros, o el perfume de una flor.

La musicoterapia y la danza son actividades que deben ser programadas casi diariamente haciendo participar al anciano para escuchar, cantar, tararear, percutir, golpear manos, bailar solo o acompañado.

Es necesario, cuando el tiempo lo permita las salidas al aire libre, visitar museos o concurrir a espectáculos, balnearios, playas, o termas.

4.3. NUTRICION

4.3.1. Recomendaciones nutricionales

1. Realizar un mínimo de 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda, cena).
2. Evitar las comidas abundantes y en su lugar aumentar el número de comidas diarias.
3. Seleccionar un menú con alimentos de varios colores para que sea atractivo a la vista, (zanahoria, papas, acelgas, lechugas, etc.)
4. Tomar muchos líquidos, mínimo 2 litros diarios en forma de agua, caldo, tes, jugos, licuados, etc.
5. Cuidar que coma despacio y masticando bien los alimentos.
6. Evitar de excesos de sal o grasas animales o de golosinas -azúcares-.
7. Ingerir los alimentos en un ambiente agradable, bien iluminado. Es preferible que sea siempre en el mismo lugar imponiendo una rutina horaria y si es posible compartir con un familiar o amigo las comidas.
8. Disponer de sillar y mesas cómodas utilizando platos y vasos de melamina o plástico -no de vidrio- para evitar todo tipo de accidentes.

Proteja la ropa con servilletas u algún otro tipo de protección -túnica con mangas tal cual el peluquero nos cubre actualmente.

9. Ayudarlo a comer si es necesario.
10. Controlar la temperatura de sólidos o líquidos para evitar quemaduras o que rechace el alimento por estar frío.

En la evolución de la enfermedad cuando se acentúan los síntomas mentales o cuando se deteriora la coordinación motriz, se va haciendo más difícil el acto de comer y beber sin derramar lo que se lleva a la boca.

La familia o el cuidador no debe perder la calma.

Tome el problema con naturalidad simplificando el acto de comer.

Sirva cada plato por separado.

Utilice mantel de plático.

Si los vasos resultan inconvenientes utilice "sorbetes" o ponga una bombilla o pajita al vaso.

Corte la comida en porciones pequeñas.

Cuando sea necesario, alimentar al anciano con una cuchara.

Espere a que el anciano haya tragado para darle la nueva porción.

Si presenta problemas para tragar, siéntelo derecho, inclinándolo ligeramente hacia adelante.

No le de de comer si está agitado o somnoliento.

Vigile la cantidad de comida o bebida ya que pueden esconder la comida o tirarla. Cuando esto ocurre, presentar la comida en un solo plato, en forma de papilla, sirviendo en tazones mas que en platos.

La papilla debe tener todos los alimentos:

Leche o todos sus derivados

Carne -roja o blanca- picada o triturada

Verduras en puré

Frutas en jugos o licuados

Huevos batidos, tortillas u omelette

Sopas cremas o licuados de verduras.

4.4. HIGIENE

El enfermo de DS puede descuidar u olvidarse de su higiene diaria. Establézcale una rutina vigilada por el cuidador.

1. Al levantarse, lavarse, afeitarse y peinarse, cepillado de dientes y después de haber evacuado el intestino y la orina lávese la zona con agua tibia y seque.

2. Controlar la higiene bucal después de cada comida enjuagando la boca y cepillando los dientes.

3. El baño general puede ser diario, pero si hay dificultades puede ser día por medio.

Es preferible que se realice siempre por la mañana para no interferir con la comida o las otras actividades. Durante el baño el anciano siempre estará acompañado, nunca solo, y el cuidador no se moverá de su lado hasta que no salga bien seco y totalmente vestido. Para mayor seguridad se bañará sentado en silla de plástico con respaldo y posabrazos, controlándose la temperatura del agua y ayudándolo a enjabonarse, enjuagarse y secarse.

4. Vigile el corte de los cabellos y las uñas. La utilización de alicates o tijeras está reservado para los cuidadores, el enfermo no debe manejar esos instrumentos. Procure que el anciano se vea atractivo y bien arreglado.

5. Los pies necesitan además de la higiene, el corte de uñas y el control de las callosidades.

Se deberá adecuar el calzado a los distintos momentos y estaciones, preocupándose de utilizar suelas de material antideslizante.

6. Para facilitarle el vestirse prepárele diariamente la muda de ropa interior y el vestido para el día adecuado con la estación. Cuando tenga dificultades en la coordinación, en lugar de botones utilice cintas, velcro, ropas flojas, de fácil cambiado, lavable y de rápido secado.

7. Para mantener una higiene correcta deberá controlar la emisión de orina y defecación.

De acuerdo con el estado del enfermo deberá hacerle orinar cada 2 horas dependiendo de la ingesta de líquidos.

Se controlará la defecación que debe ser diaria o día por medio facilitando que la misma se haga en horas de la mañana, preferentemente al levantarse.

Si hubiera problemas colóquele, un supositorio de "DULCOLAX" produciendo la evacuación en las próximas 2 horas después de colocado.

4.5. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Los ancianos portadores de DS están propensos a sufrir accidentes dentro de su hogar o en la calle.

Dentro de su hogar los lugares más peligrosos son la cocina y el baño, y en la calle sobre todo al cruzar.

En el anciano DS además de los déficit visuales y auditivos propios de la tercera edad se superponen los síntomas de su enfermedad con trastornos de la coordinación, postura, marcha y estabilidad, facilitando las situaciones de riesgo y, en consecuencia los accidentes.

Hay que conocer exactamente los límites de la capacidad del enfermo para realizar el programa de prevención, en cada caso sabiendo de antemano que los accidentes son más frecuentes cuando:

el anciano esta nervioso o irritado,

cansado o somnoliento,

despues de ingerir medicamentos que le bajen la presión arterial o disminuyan la vigilancia (psicofármacos).

4.5.1 Cuidados dentro del Hogar

Para evitar las caídas evite que el piso esté muy pulido o encerado -en caso de encerar hacerlo con ceras antideslizantes-, quite felpudos o alfombras por que pueden tropezar con ellas.

Saque los muebles con filos o esquinas peligrosas y retire algunas mesas o sillas para facilitarle el paso.

Descarte los sillones mecedoras o las sillas sin respaldo y posabrazos porque puede caerse sobre todo si se duerme o está somnoliento.

Los animales domésticos sueltos pueden hacerlos caer.

Los pasillos y las escaleras deben estar bien iluminados y con pasamanos.

Aisle o impida el acceso a los balcones, azoteas, terrazas con cerraduras que no puedan ser abiertas sin las llaves

correspondientes -que siempre estarán lejos del alcance del enfermo-.

No permita que se levante bruscamente de la cama o la silla porque puede marearse y caerse.

Siempre deberá hacerlo lentamente.

Los zapatos deberán estar bien ajustados al pie con talón firme y suela -o taco- de goma.

No deben utilizar ojotas, zapatillas, alpargatas, etc.

La bolsa de agua caliente deberá estar llena a medias, bien cerrada, y rodeada por un paño grueso.

La estufa encendida no la dirija directamente al anciano, ni sobre alfombras, ni materiales combustibles por el peligro de incendios.

Prefiera estufas eléctricas cuidando que el cable no moleste al caminar.

Estufas a gas, querosen o braseros son peligrosos por los gases que emanan en su combustión.

4.5.2. Cuidados en la calle

El anciano con DS no puede andar solo por la calle, sino que siempre debe salir acompañado.

Aun en estas condiciones, los accidentes son frecuentes al cruzar la calle, por la lentitud de su marcha, la falta de estabilidad y la indecisión por hacerlo.

Cruce la calle en las esquinas, busque cebras o semáforos.

Espere con el anciano sobre la vereda el comienzo de la luz verde.

Avísele cuando comenzar a caminar y cuando parar, con anticipación si es posible.

Ayúdelo tomándolo del brazo.

Elija las calles de poco tránsito, poco ruidosas, y con pocos cruces.

Frecuenten parques, plazas donde el anciano pueda caminar sin riesgos.

4.6. EL SUEÑO

Es fundamental el sueño en horas de la noche y para ello debe facilitarlo con medidas prácticas y sencillas.

1. Recuerde que el anciano normalmente debe dormir 6 horas; que concilia el sueño más lentamente que el adulto pudiendo despertarse y dormirse nuevamente en la noche.

Es normal el movimiento de piernas y brazos.

Los hombres pueden presentar erecciones nocturnas.

2. Medidas prácticas para combatir el insomnio.

- Ambiente tranquilo y sin ruidos ni luces fuertes o directas; temperaturas agradables.
- Mantener una actividad física a diario junto con laborterapia u otro entretenimiento para promover un cansancio que luego reclame reposo.
- Evite los estimulantes, sobre todo después del mediodía, como el café, te, mate o alcohol.
- Tranquilidad. El estress, las emociones y la ansiedad son enemigos del sueño.
- Hágale orinar antes de acostarse y es preferible no administrar liquidos después de las 20 hs., evitando la necesidad de levantarse a orinar.
- Drogoterapia.

Hay medicamentos que interfieren con el sueño como los antidepresivos, los sedantes, los antiparkinsonianos, etc.

Si tiene que usarlos hágalo durante el día, nunca cerca de la noche.

- Las enfermedades cardíacas, respiratorias u osteoarticulares y musculares que producen dificultades respiratorias, fatiga o dolor, despiertan al enfermo.

Estas patologías deberán ser compensadas adecuadamente para evitar la sintomatología nocturna.

- Es común que los enfermos con DS vean o escuchen voces, palabras, sonidos o ruidos durante la noche; crisis de terror nocturno con miedo a la enfermedad y la muerte.

En estos casos, tranquilizarlos trasmitiéndole seguridad y cariño, permanecer a su lado hasta que concilien el sueño.

Cuando hay problemas del sueño con insomnio o somnolencia diurna se debe consultar al médico GG quien indicará las medidas convenientes y la medicación adecuada a cada caso.

4.7. ALTERACIONES ESPECIALES DE LA CONDUCTA

Los problemas de la conducta son frecuentes en la DS siendo un motivo habitual de la consulta médica o preocupación de la familia.

El paciente espontáneamente, sin causa aparente, por algún hecho insignificante o banal, cambia bruscamente su conducta.

Se deprime, se excita, insulta a su cuidador, lo rechaza, lo sigue a todos lados, etc.

Se generan situaciones conflictivas con el cuidador o la familia. Estos deben estar advertidos, para controlarlas adecuadamente.

En la inmensa mayoría de las veces, estos trastornos, se manejan acompañando al enfermo, tratándolo con cariño, conversando, tranquilizándolo o haciéndole cosas agradables para él, escuchar música, mirar TV o cualquier otra actividad que lo distraigan o hagan desaparecer los motivos de esa situación. Se deberá utilizar los problemas de memoria y fijación de estos pacientes para "centrarlos en otra cosa".

4.7.1. Deambulación - Vagabundeo - Fuga

Definición:

Hablamos de deambulación cuando el enfermo se pone a caminar sin rumbo de un lado para el otro, desorientado o inquieto.

A veces lo hace callado, en otras señala lugares o menciona direcciones o personas casi siempre referidas a su pasado, a su hogar primario, que aún le continúa representando su seguridad; sus viejos amigos o su pesada vida feliz.

La deambulación se interpreta como una forma de expresar su intranquilidad, su necesidad de moverse, de hacer algo para combatir su inactividad o su falta de motivaciones dentro de su deterioro intelectual, su pérdida de memoria.

En las etapas iniciales de la DS, la deambulación es una consecuencia de la desorientación y camina de un lado para el otro, buscando un regreso que no puede encontrar y se pierde.

Otras veces ocurre dentro de la casa o la institución en que el enfermo se pone a caminar en cualquier dirección, a veces trata de llegar hasta la puerta como intentando salir o hacer gestos para abrirla, o se queda parado frente a ella como esperando a que le abran, o retrocede y vuelve sobre sus pasos sin dirección determinada.

Igual significado tiene el seguimiento constante del anciano al cuidador o familiar dentro de la casa siguiéndolo a todos lados sin separarse en ningún momento.

Esta situación podría darse porque el ambiente le resulta extraño, pero identifica a la persona de su confianza que, por estar permanentemente a su lado se convierte en su único apoyo de seguridad.

Puede haber también un vagabundeo nocturno.

Se despiertan por la noche, se levantan de la cama y comienzan a caminar por la casa.

Esta situación tiende a ser más grave, por el aumento de las posibilidades de accidentes, junto con una conmoción nocturna dentro de la casa que repercute estresando al núcleo familiar.

Cuando el DS se irrita, el vagabundeo se hace con paso agitado, hablando y gesticulando.

La deambulación debe ser controlada por la persona encargada del cuidado del anciano.

- Acompañarlo constantemente para evitar accidentes.
- Tranquilizarlo hablándole con palabras suaves de cosas que le interesan o le gustan -su familia, amigos, etc.
- Luego de un rato, invitarlo (no obligarlo) a sentarse, continuando así la conversación.
- No tema actitudes agresivas o amenanzantes, sino por el contrario, no las tome en cuenta.
- Establecer medidas de seguridad con cerramientos de todas las puertas de salida o ventanas pasando llaves o poniendo candados.
- Colocar al anciano DS una cadena o pulsera de identificación con el nombre, dirección, teléfono por si se pierde.
- La deambulación tanto diurna como nocturna, debe ser puesta inmediatamente en conocimiento del médico GG, quien luego de una valoración diagnóstica, efectuará las indicaciones terapéuticas correspondientes.

4.7.2. Pérdida de objetos

El anciano con DS guarda las cosas e inmediatamente olvida donde las puso, denunciando la falta como pérdida o robo.

Es inútil preguntarle donde fue que la guardó porque no les responderá adecuadamente o lo hará diciendo frases sin sentido, existiendo la posibilidad que se irrite o excite.

La conducta del cuidador será:

- Tener la casa bien ordenada, así será fácil detectar la falta de un objeto -o su ubicación fuera del sitio habitual.
- No deje cosas de valor al alcance del anciano como joyas, dinero, llaves, documentos, etc.
- Limite el número de escondites posibles dentro de la casa cerrando roperos o armarios o despensas con llaves que Ud. sólo manejará.
- Haga visibles los objetos pequeños que usa el anciano poniéndole cadenitas o cintas de distintos colores.
- Revise diariamente la basura, debajo de las camas, colchones, sillones o el piso de la casa.

4.7.3. Maltrato del enfermo a su cuidador o familiares

A pesar de todo el esfuerzo, dedicación y cariño que pone el cuidador, son frecuentes las quejas, siendo habitual la acusación de ser "cruel" o "malo" o que castiga al enfermo.

Las expresiones: "Quiero irme a mi casa", "no quiero estar mas contigo", "sos malo", "no me pegues", son corrientes a pesar de los esfuerzos del cuidador en atenderlo.

La frustración o la desilución no deben apoderarse del sentir del cuidador.

El enfermo no puede razonar sobre los hechos de su vida actual, notando que ha perdido parte de sus pertenencias y de su independencia.

A esa persona extraña que lo acompaña constantemente, el enfermo le atribuye las causas de sus limitaciones o carencias.

Las acusaciones significan una expresión de deseo por parte del enfermo de volver a la vida que llevaba anteriormente.

Las personas que ahora lo rodean no son sus seres queridos, por lo tanto no los quiere.

El cuidador tomará la situación con calma, no como un asunto personal.

No discuta ese tema con el enfermo, páselo por alto, háblele de otras cosas, y haga algo para distraer al enfermo.

Ponga siempre en conocimiento de los familiares y el módigo GG esas reacciones del anciano no sólo para recibir el apoyo de su actuación, sino porque pueden desembocar en situaciones desagradables por falta de comprensión y conocimiento.

4.8. DROGOTERAPIA

La DS no tiene tratamiento porque no hay ninguna droga efectiva.

Las indicaciones terapéuticas son transitorias y dependen del momento evolutivo de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Si bien en algún momento es necesario estimularlo para sacarlo de una depresión o tranquilizarlo, o ayudarlo a dormir, etc., no es aconsejable administrar permanentemente medicamentos para prevenir o tratar toda la sintomatología de la DS.

La polifarmacia -administración de varias drogas sin motivos justificados- es un error habitual en la vida de estos enfermos que toman desde las "vitaminas para la cabeza" (B6, B11, B12) hasta las que facilitan la circulación del encéfalo o estimulan el funcionamiento de la neurona.

Se debe agregar la frecuente automedicación influída por la propaganda sin ninguna razón justificada

Hay que estar prevenido frente a ésta polifarmacia que, además de encarecer la asistencia, casi siempre es tóxica para el enfermo.

Las indicaciones las debe hacer el médico especialista para ese momento evolutivo.

Como las manifestaciones clínicas de la enfermedad son cambiantes, varía en consecuencia la terapéutica, no habiendo indicaciones permanentes.

4.9. INCONTINENCIA DE ORINA

Cuando aparezcan los primeros signos no se alarme ya que no es siempre un hecho irreversible y en la inmensa

mayoría de las veces se puede solucionar o mejorar con una serie de medidas que la propia familia puede poner en práctica.

El anciano es propenso a la incontinencia de orina porque su vejiga disminuye la capacidad junto con un aumento del reflejo urinario apareciendo la necesidad de evacuar antes de que la vejiga se llene completamente y existe complementariamente una disminución o fallo del control cerebral que regula voluntariamente la micción.

En el hombre el gran causante de las afecciones vesicales es la próstata que se agranda e impide tanto el vaciamiento completo de la vejiga -el residuo va aumentando hasta llegar a la incontinencia por rebosamiento- como la retención de la orina cuando se obstruye el canal vesical.

En las mujeres es muy común la incontinencia por flacidez pelviana y el prolapso o caída de los órganos genitales.

Formas de incontinencia

- Incontinencia de Esfuerzo

Se escapa la orina al realizar un esfuerzo como toser, reír, estornudar o estar parado.

Es casi exclusivo de la mujer por el debilitamiento de los tejidos y músculos de la pelvis.

Como consecuencia del esfuerzo, aumenta la presión dentro del abdomen y la pelvis, comprimiendo la vejiga escapando la orina.

- Incontinencia de Emergencia

El enfermo no puede llegar hasta el baño cuando siente la necesidad de orinar porque cuando aparece el deseo no puede controlar debidamente el esfínter y se moja.

Es frecuente cuando está nervioso u obnubilado, en el tratamiento con psicofármacos o en el curso de la DS.

- Incontinencia por Aumento de la Frecuencia.

Consiste en evacuar la vejiga muchas veces, cada poco tiempo.

Casi siempre se orina poco en cada micción por el aumento de la frecuencia.

Común cuando hay una infección urinaria.

- Incontinencia por Rebosamiento

Sobre todo en los hombres que tienen prostatismo.

La vejiga se llena pero el anciano no puede vaciarla totalmente al no poder vencer el obstáculo prostático.

La orina sale por rebosamiento casi constantemente en forma de fino chorro.

- Incontinencia Psicológica

Puede ser una respuesta a numerosas causas psicológicas, como aislamiento, abandono para llamar la atención, confusión, toma de psicofármacos.

- Incontinencia Social

Aparece cuando hay dificultad al acceso de los baños, o cuando las condiciones higiénicas son malas.

Tratamiento

El tratamiento depende de la causa.

- Infección urinaria

Indicación de antibiótico de acuerdo a urocultivo.

- Prostatismo

Descongestivo prostático y operación

- Prolapso

Consulta ginecológica. Colocar pesario u operar.

- Debilidad de los tejidos y de los músculos pelvianos

Ejercicios y fisioterapia

Medidas a tomar frente a una Incontinencia

- Educar al anciano y controlarle la micción.
- Haciendo evacuar la vejiga cada 2 horas como máximo para evitar que se llene.
- Modificando la ropa para simplificar el acto de la micción. Cinta velcro en el pantalón o ropa interior.
- Que tenga rápido y fácil acceso al baño. Si no es posible, colocarle cerca violines o recipientes.
- Si la incontinencia es nocturna no dejarle tomar líquidos después de las 19 horas haciéndolo orinar antes de acostarse.

- Afrontar la incontinencia
- Trate con cariño al anciano incontinente -no haciéndolo como lo haría con un niño en idéntica situación.
No lo rezongue ni señale su enfermedad delante de nadie.
Oculte el problema, reservándolo al anciano, familiares, el médico y Ud.
- La piel que se humedece de orina debe ser bien lavada con agua y jabón y quedar bien seca.
Aplique cremas oleosas protectoras para evitar la desvitalización de la piel.
No dejar al enfermo con ropa orinada.
- Si es hombre actualmente se puede colocar sobre el pene una envoltura de goma que posee un tubo de drenaje a una bolsa colectora.
- Existen pañales descartables de uso corriente tanto para hombres como para mujeres, que se cambian de acuerdo a la necesidad.
- Recuerde que el sondeo vesical es una situación provisoria en busca de una solución definitiva.
Esta situación llevada a permanencia es perjudicial ya que causa traumatismo y lesiones uretrales, pudiendo aparecer también infecciones de orina con todas sus consecuencias.

4.10 INCONTINENCIA FECAL

Es muy poco frecuente y casi siempre por pérdida del control del esfínter con evacuación intestinal refleja.
Esta situación se ve en las últimas etapas de la DS, o durante los cuadros confusionales, o asociada a la toma de psicofármacos.
El tratamiento consiste en controlar la defecación programándola cada dos días por medio de enemas o supositorios evacuantes.
Hay otra forma de incontinencia fecal, durante el estreñimiento crónico, cuando se forma un fecaloma (masa sólida de heces, endurecidas "como piedra"), que impide la evacuación y determina que las heces, en forma líquida, salgan constantemente.
En este caso hay que realizar un tacto rectal y proceder a la extracción manual del fecaloma ayudados por enemas jabonosos y oleosos.

4.11 MODIFICACIONES EN LA CONDUCTA SEXUAL

Durante el proceso de envejecimiento normal, y aún mas en el curso de la DS es frecuente que se señalen modificaciones en la conducta sexual de los ancianos.
Por esta razón queremos precisar muy bien sus alteraciones tomando en cuenta las posibles consecuencias o repercuciones sociales, morales o penales.

- Es habitual que durante el curso del envejecimiento o en la DS haya una disminución del impulso sexual.
- La conducta sexual anterior, los habitos, la moral, casi siempre, dejan su sedimento y persisten incambiados durante esta etapa.
Su vida sexual es idéntica a la que práctico anteriormente.
La edad o la enfermedad no hacen aparecer otra manera de comportamiento.
- Si aparece alguna conducta sexual inadecuada no es un problema moral, sino una expresión de su lesión cerebral, el enfermo hace lo que necesita en ese momento y olvida los modales aprendidos, o el lugar donde se encuentra.

- ¿Cual es la conducta sexual inadecuada?

- Pueden desvestirse sin prestar atención al lugar donde están.
Esto puede ser visto como un síntoma de inquietud, o por que sienten calor, o tienen necesidad de hacer algo.
No es un acto con fines sexuales, sino una vía de expresión de intranquilidad.

- Pueden deambular desnudos.
Ya se ha explicado la deambulación anteriormente, pero en este caso, puede ser visto como la búsqueda de un "baño".

Necesitan orinar, no saben donde están, se desvisten o no pueden vestirse -después de evacuar- y caminan desnudos.

Buscan un baño o el camino de regreso a su habitación que no pueden ubicar.

- A veces acarician sus genitales, las mujeres sus senos, al igual que otras partes del cuerpo.

El enfermo hace lo que le gusta, lo que le proporciona placer, sin tomar en cuenta el lugar o el momento.

- El bajarse los pantalones o subirse las faldas mostrando los genitales, casi siempre es una forma de indicarnos la necesidad de orinar o mover el vientre.

Ante esta necesidad, el anciano realiza automáticamente e instintivamente el acto primario de dejar libre de ropa la zona.

Este acto se lo califica siempre de "exibicionismo" y muchas es penado por la ley, sobre todo cuando ocurre en un lugar público y es denunciado por quienes ignoran esta situación o se alarman por esta conducta.

- En algunos casos se puede observar la masturbación de estos enfermos.

No debe entenderse esto como un acto exibicionista ni la intención de incluir a otros en forma activa o fantaseada.

Puede ser entendido como el punto 4.3.

Si el hecho se repite se aconseja proceder como el capitulo 5 poniendo el hecho en conocimiento de su médico Geriatra Gerontólogo.

- Ni los ancianos en general, ni los enfermos de DS tienen conductas sexuales agresivas.

No son acosadores ni violadores sexuales.

El envejecimiento de su aparato genital hace que la erección, cuando se produce, tenga un período de latencia grande; puede no llegar a una erección completa o suficiente, para realizar un acto sexual.

De modo que generalmente están incapacitados para promover actos sexuales violentos o rápidos.

Paralelamente carecen de fuerza suficiente para dominar a una víctima.

Los violadores suelen tener entre 20 a 40 años.

- **¿Qué hacer para manejar las modificaciones de la conducta sexual del anciano o del DS?**

- No se alarme.

No reaccione gritando o reprimiendo, ni señalando con gestos lo que Ud. considera en ese momento una conducta sexual inadecuada.

- No lo agreda

No magnifique ni agrave la situación ni le indique la posibilidad de sanciones por lo que hizo.

- Trátelo cariñosamente, con voz baja, tomando en forma natural su conducta.

Ayúdelo a vestirse y condúzcalo a un lugar privado, o al baño.

Allí podra averiguar dialogando lo que le pasa o, cuales son las necesidades inmediatas del anciano.

- Proporcione cariño y afecto.

Muchas veces estas situaciones son consecuencia de la falta de estos estímulos.

El acariciar, peinar, hablar, conversar de cosas interesantes para el anciano en tono suave y familiar, casi siempre modifica la conducta del anciano.

- Controle los esfínteres.

Es necesario la consulta al Geriátra y a los médicos especialistas -Urólogo, y/o Ginecólogo- cuando se comprueben reténciones o incontinencias esfinterianas.

Muchas veces suelen ser las causantes de muchas de las conductas descritas en este capítulo.

- Frente a cada una de estas situaciones consulte siempre a su médico Geriátra Gerontólogo.

4.12. ULCERAS DE DECUBITO

4.12.1. Definición:

Son úlceras producidas en los tejidos blandos desvitalizados por la compresión contínua entre superficies sólidas.

Casi siempre es un relieve óseo contra el plano de apoyo (cama, reposera, etc.) como resultado de la inmovilización.

4.12.2. Causas:

La causa DESENCADENANTE es la inmovilidad; pero existen causas PREDISPONENTES o favorecedoras:

a) EL ENFERMO
obesidad
adelgazamiento marcado
deshidratación
trastornos circulatorios
enfermedades crónicas: Diabetes
enfermedades: neurológicas, osteomusculares.

b) EL MEDIO AMBIENTE
humedad
calor excesivo
pliegues en la ropa
sustancias irritantes a la piel
sudor
orina
desinfectantes inapropiados
jabones o champúes agresivos

4.12.3. Lugares de aparición frecuente

caderas; talones; codos; tobillos; espalda.

4.12.4. Formas de inicio y evolución de las úlceras de decúbito

Señalaremos tres momentos en la formación de las úlceras:
- Período de enrojecimiento
La piel se enrojece y se ablanda.
Tratamiento:
Lavado con agua y jabón. Se puede usar un antiséptico no agresivo (Butimerin líquido)
Secado. Dejar un tiempo prudencial al aire libre.
Repetir varias veces al día.

- Período de escoriación y/o de ampollas
La piel se desvitaliza y se lastima quedando los tejidos al descubierto ("carne viva"); aparecen ampollas que después se rompen.
Tratamiento:
Si hay ampollas hay que romperlas, recortando la piel y vaciando su contenido.
Limpiar con agua y jabón y antisépticos no agresivos.
Secado con secador.
Dejar un tiempo al aire libre.
Colocar un aposito estéril con una pomada de antibióticos de uso local.
Repetir varias veces al día.

- Período de Destrucción
Una vez desaparecida la piel que los protege, los tejidos profundos celular, adiposo, muscular, tendinoso, óseo, se van desvitalizando y muriendo, tomando entonces la úlcera color amarillo, pardo y negruzco.
La infección se sobreagrega siempre.

4.12.5. Tratamiento:

En esta etapa lo primero es el tratamiento quirúrgico con extirpación de todos los tejidos desvitalizados acompañando de un exámen microbiológico con antibiograma para individualizar el agente infeccioso y su sensibilidad.

Lavado profundo con antisépticos adecuados

Tapar con apósito estéril con antibióticos de uso local.

4.12.6. Prevención

- Movilización frecuente para alternar los puntos de apoyo.

Se logra cambiando de posición al enfermo cada 2 horas:

costado

lado derecho

lado izquierdo

boca arriba

- Alternar la cama con el pasaje al sillón o reposera para cambiar puntos de apoyo.
- Alimentación e hidratación adecuada del enfermo.

Compensar los trastornos circulatorios para aumentar la vitalidad de los tejidos.

- Higiene corporal diaria y controlada.

Lavado con agua y jabón seguida de un perfecto secado. Colocación posterior de cremas o aceites protectores masajéando suavemente la zona para activar la circulación.

Mantener la ropa de cama seca y sin arrugas.

- Vigilancia de puntos de apoyo donde fácilmente se producirán las úlceras de decúbito.
- Disminuir la presión en las zonas de producción de úlceras.

Colocar un trozo de espuma de plástico cubierta de un tejido de tela para absorver el sudor.

Utilizar colchones ondulados -tipo colchón inflable de playa o piscina.-

Se aprovechará los distintos "tubos inflables" que tiene estos colchones para inflar y desinflar en forma alternada cada 2-3 horas, logrando de esta manera variar los puntos de apoyo cuando el anciano no puede ser movido de su cama.

En la cadera colocar un anillo de espuma de plástico tipo salvavidas dejando en el agujero central la zona de apoyo.

5. EL NUCLEO SOCIAL

El núcleo social del enfermo está integrado por la familia, los amigos, los vecinos y las personas encargadas de su cuidado.

Es sobre todo la familia la responsable directa de la atención permanente, estableciéndose una relación de interdependencia entre todos, con importantes repercusiones sobre todo el núcleo social.

Analizaremos sucesivamente:

LA RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA

EL CONFLICTO FAMILIAR

EL CONFLICTO PERSONAL

LA BUSQUEDA DE APOYOS Y DE AYUDA

5.1. LA RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA

La familia tiene a su cargo:

5.1.1. El cuidado constante del enfermo con DS.

5.1.2. Las exigencias económicas derivadas de la nueva situación creada por la enfermedad.

5.1.3. Asistir y convivir con el deterioro progresivo, lento y por varios años de un ser querido, teniendo presente que no tiene cura.

5.1.4. Se crean nuevas obligaciones a cada uno de los integrantes del núcleo social.

Esas responsabilidades le exigen en lo personal dedicación, dinero, tiempo; y en lo grupal, asumir el cuidado del enfermo con un cambio de actividades y roles de cada uno de los integrantes.

Esto determina que se produzcan aumentos de la tensión y la conflictividad dentro del grupo familiar entre sus integrantes y con el enfermo.

El vínculo entre los integrantes del grupo, entre éstos y el enfermo, es dinámico, inestable y cambiante durante el curso evolutivo de la enfermedad.

Esta relación dependerá del estado del enfermo -del correcto cuidado que se le pueda dar- y de la solidez del grupo familiar.

Es necesario considerar las repercusiones físicas, psíquicas, sentimentales y sociales de cada uno de los integrantes del grupo que reaccionan en forma diferente frente al problema.

Así, los hijos ven en la enfermedad de su padre o su madre, la posibilidad que en el futuro, también ellos la padezcan.

Algunos reaccionan rechazando y alejándose del anciano.

Otros lo hacen en forma solidaria cuidando con amor y dedicación al ser querido, tratando de compensar con cariño la problemática de la enfermedad.

Es frecuente que los adolescentes sientan vergüenza de tener un demente en la familia, evitando mostrarlo y por ello realizan sus actividades con otros "muchachos" fuera de la casa.

5.2. EL CONFLICTO FAMILIAR

Surge de las nuevas obligaciones que deben asumir todos los integrantes.

El problema detonante o crítico es casi siempre "la división de las responsabilidades" por las diferencias generadas en el reparto no equitativo del trabajo o de las exigencias económicas.

Se crean tensiones, controversias, disgustos o alejamientos.

Por otro lado, no debe olvidarse que cada uno está dispuesto "a aportar" al cuidado del enfermo en la medida en que ha podido elaborar y asumir la situación de su ser querido.

Para evitar el conflicto lo que se aconseja es realizar desde el principio una "Reunión Familiar" para distribuir las responsabilidades y la atención y el costo de la asistencia.

La "Reunión Familiar" deberá realizarse en forma más o menos periódica.

La "Distribución de Responsabilidades" no puede ser fija, sino que es recomendable, en la medida de lo posible, estas varíen de integrantes a lo largo del tiempo.

Se aprovecharán también para el cambio de opiniones, formulación de planes, así como disponer de bienes del enfermo que puedan ser motivo de conflicto.

5.3. EL CONFLICTO PERSONAL

La preocupación permanente en el enfermo desgasta física, psíquica y espiritualmente a los integrantes del grupo familiar -especialmente a áquel que le dedica más tiempo.

Las primeras "señales de alarma" que aparecen en el familiar-cuidador antes de instalarse el conflicto son los cambios de carácter, la facilidad para irritarse o ponerse nervioso frente a los pequeños problemas domésticos, o a la sola mención de la enfermedad.

Se reacciona desproporcionadamente, se contesta mal, se aisla de los amigos o de sus lugares de esparcimiento y se deterioran las relaciones sociales.

Casi siempre se recurre al refugio del alcoholismo o la drogoterapia, aumentando o comenzando el uso de psicofármacos.

Las reacciones personales no se hacen esperar.

Las primeras de orden emocional son:
complejo de culpa
desesperación
depresión
impotencia
frente a la situación de cuidar al ser querido enfermo.
Son comunes los conflictos en la pareja, desinterés sexual y efectivo que, si progresa hace peligrar la estabilidad de ésta.
Concomitantemente pueden aparecer repercusiones físicas:
falta de apetito
fatiga
cansancio fácil
temor a enfermedades
desinterés afectivo-sexual
No hay que descuidar esta etapa ya que suelen ser acompañadas por caídas en las defensas del organismo, haciéndose sumamente vulnerable a agresiones patológicas, traumáticas (accidentes) o infecciones.
Es obligatorio el chequeo médico y la consulta periódica preventiva para asegurar el cuidado de su salud.
No debe esperar nadie que estalle el conflicto personal, ni siquiera, llegar a las "señales de alarma" para prevenir la situación.
Tome medidas que lo protejan.
Descanse, salga o viaje; no deje una vida activa ni en lo social, ni en lo afectivo, ni en lo intelectual.
Busque apoyo psicológico.
Paralelamente recurra a sus amigos, a la religión, al trabajo político, comunitario o cualquier actividad que "lo obligue a salir" de la relación estrecha con el enfermo.

5.4. LA BUSQUEDA DE APOYOS Y DE AYUDA

La situación de convivir, asistir y cuidar a un ser querido que pierde progresivamente sus facultades es difícil de soportar.

A medida que aumenta la espectativa de vida aumenta el número de personas que padecen la DS.

Lo primero que tiene que saber es que Ud. no esta solo, no es el único, ni es la excepción en su problemática.

Hay otras familias que en este momento están pasando por las mismas cosas.

Es necesario buscar información y FORMAR GRUPOS DE APOYO con otras familias y personas en idéntica situación.

Pero antes debemos CUIDARNOS A NOSOTROS MISMOS Y A NUESTRA FAMILIA.

Si Ud. o el grupo no están bien de salud y solidariamente constituidos,es difícil buscar ayudar en otros cuando no estan adaptados a la problemática de la DS.

5.4.1. Información

Es fundamental solicitarla en los Centros Científicos Especializados.

Esta le permitirá saber las manifestaciones clínicas de la enfermedad, la evolución, la forma de atender y tratar al anciano, para prepararlo frente a las situaciones críticas por las cuales deberá pasar.

En el Hospital de Clínicas hay una Clínica de Geriatría y Gerontología que le puede informar.

El apoyo psicologíco personal y/o grupal se debe solicitar desde el principio, para mantener su integridad, base de partida para luego ir en la búsqueda de apoyo o de ayuda.

5.4.2. Formar grupos de apoyo

El reunirse con otras personas o familias que tienen el mismo problema sirve para compartir experiencias en el manejo y la atención del enfermo, discutir cada una de las soluciones y encarar en forma integral toda la enfermedad para buscar apoyo en la sociedad y en la comunidad, advirtiendo a las autoridades gubernamentales sobre la carencia de información y de ayuda para la DS.

Lo primero que aconsejamos es comenzar en su barrio, parroquia, centro social o comunal, convocando a una reunión de familiares y personas que se encuentren en su situación.

La meta final de este camino se encuentra en la creación de una asociación nacional -como ya existen otras para otras discapacidades-.

Pero, no por no poder llegar hasta el final, evite el primer paso, del cual Ud. va a ser el único beneficiario.

Desde el inicio busque guía de personas técnicamente capacitadas para colabrar, asesorar, y planificar en la búsqueda de los apoyos o las soluciones.

Hay grupos de Técnicos de la Clínica de Geriatría y Gerentología del Hospital de Clínicas trabajando desde hace varios años en esta problemática, para poder asesorarlo e informarle.

(Hospital de Clínicas - Teléfono directo 80 10 12)

6. LIMITE DE LA CONTINENCIA DEL ENFERMO (DS) EN SU DOMICILIO

Llega un momento dramático y crítico donde la familia no puede seguir atendiendo al enfermo en su domicilio.

Su cuidado ocasiona un estrés permanente durante las 24 horas del día, al que se suma el asistir al deterioro psíquico y afectivo de su ser querido, llegando a una situación límite de mantenerlo en su domicilio y se decide la internación en una Institución.

No hay un momento en la evolución de la enfermedad que pueda ser identificado como el límite de la continencia en domicilio.

Esto va a depender más de la capacidad del núcleo familiar para sobrellevar con éxito las contingencias que depara un enfermo DS, y no de la etapa evolutiva de la enfermedad.

6.1. INSTITUCIONALIZACIÓN

Es el ingreso y permanencia del anciano en una residencia por un lapso de tiempo variable -por lo general hasta su muerte- donde se le proporciona habitación, cama, comida y cuidado.

En el Uruguay es sinónimo de:
- Asilo
- Casa de Salud
- Residencia de ancianos
- Hogar de ancianos
- Etc.

Los enfermos con DS de acuerdo con la reglamentación vigente del M.S.P. no pueden ser internados en Residencias u Hogares de ancianos, ya que estas son para sanos o ancianos autoválidos.

Los enfermos con DS exigen cuidados y atención especializada, que sólo se le puede proporcionar en las Clínicas Geriátricas.

La institucionalización plantea tres problemas:
1. Sobre el enfermo
2. Sobre el núcleo familiar
3. La elección de la institución.

6.1.1. El enfermo

El cambio de domicilio repercute notoriamente sobre el anciano a pesar del deterioro del estado mental que padece, cualquiera sea su período evolutivo.

Es así que es capaz de notar el cambio de ambiente, de su habitación, de su cama, de la comida, de las personas que lo rodean, siendo para el todo nuevo y diferente.

A pesar de su estado, no puede adaptarse al nuevo ambiente.

Se siente perdido, más incapaz que antes para manejarse dentro de ese ambiente extraño, para mantener las habilidades y actividades que aún le restaban.

Su reacción no se hace esperar, y en las primeras horas o días aparecen:

- Cambios de carácter: se deprime o se excita.
- Disminución del apetito, llegando a negarse a beber o comer.
- Insomnio nocturno, somnolencia diurna.
- Trastorno de la palabra. Algunos dejan de hablar, otros comienzan a hablar en forma ininterrumpida o a decir palabras incomprensibles.
- Alteraciones de la movilización

Es bastante frecuente como reacción frente al ambiente extraño. El anciano presenta una excitación psico-motriz. Se levanta, camina, se sienta, vuelve a levantarse, mueve las manos, hace gestos y habla en forma incontrolada. Otras veces, por el contrario, reacciona quedándose quieto, inmóvil, en la cama, sentados o parados, con temor de desplazarse en ese medio, para el desconocido.

Estas dos situaciones pueden alternarse en el tiempo.

- Puede hacer una agravación de la sintomatología clínica de la enfermedad, con un aumento del deterioro general.

Esta agravación es casi siempre transitoria, pudiendo volver al estado previo a la institucionalización.

Frente a esta situación crítica y cambiante es imprescindible la asistencia permanente del anciano por el Médico Geriátra y el equipo multidisciplinario, quienes controlarán la evolución, estableciendo los cambios terapéuticos necesarios para compensarla.

6.1.2. Sobre el núcleo familiar

La repercusión de la institucionalización sobre el núcleo social es tal vez el aspecto más importante por las consecuencias de esta decisión.

La familia, sobre todo los de línea directa, -hijos, hermanos, nietos- desarrollan un complejo de culpa por la separación del anciano del medio familiar.

En su interior, lo consideran sin decirlo, una falta de afecto y solidaridad para el ser querido.

La decisión de la institucionalización debe ser tomada exclusivamente por el núcleo familiar, luego de una concertación interna.

Esta decisión es difícil, y lleva mucho tiempo.

Difícil porque al tomarla saben que al trasladar al anciano se esta hablando de un cambio definitivo.

Lleva tiempo porque entre los primeros planteos y la decisión definitiva deben elaborarse distintos aspectos tales como la cohesión del grupo familiar hasta el grado de deterioro y su evolución.

Una vez que se ha tomado esta decisión, puede ser rechazada por parientes y amigos, manifestándose este rechazo en la falta de visitas, o hacerlo en forma muy esporádica, por pocos minutos. En el trasfondo de esta situación se encuentra un rechazo a la posibilidad de verse a uno mismo en la misma situación en el futuro.

Por otro lado, al tomar esta decisión, surjen diferencias dentro del núcleo familiar, agravándose en algunos el complejo de culpa, o aumentando el grado de conflictividad familiar.

El apoyo psicológico del grupo se hace imprescindible para elaborar esta situación crítica, que puede terminar en una seria ruptura del núcleo familiar.

6.1.3. Elección de la Institución

Independientemente del precio o la posibilidad económica de cada familia, es necesario que la Institución sea elegida luego de la visita de varias de ellas.

Son condiciones a tener en cuenta:

- Estado de la planta física e higiene.
- Ubicación estratégica, fácil acceso por las vías de comunicación, cerca de familiares y amigos.
- Seguridad para el enfermo, vigilancia, suficiente personal.

- Controles médicos por Geriátras Gerontólogos.
- Alimentación de acuerdo al estado del paciente.
- Servicios auxiliares

Disponibilidad para actividades
físicas - psíquicas - recreativas - sociales

- Una vez realizada la elección, es necesario comunicarle al enfermo, cualquiera sea su estado, esta decisión, hablándole del lugar, de las ventajas del cambio.

Plantearlo afirmativamente y no en forma de cuestionamiento, o pedido de parecer.

- El traslado se debe hacer acompañado de uno o varios familiares directos.
- Es necesario que, durante las primeras horas, y en los días sucesivos familiares y amigos permanezcan el mayor tiempo posible con el anciano para contrarrestar o minimizar el cambio.

7. PRESTACIONES BRINDADAS POR EL B.P.S.

Prestaciones económicas, mensuales, de pasividad y ancianidad que amparan a las personas de mayor edad.

7.1. JUBILACION.

Quienes tienen derecho. Podrán ampararse al beneficio jubilatorio los trabajadores de la Industria y el Comercio, los de la Administración Pública en general (excepto militares y policiales) así como los Rurales y del Servicio Doméstico.

Asimismo, quedan comprendidos todos los demás que desempeñen actividades lícitas y remuneradas que constituyan su principal medio de vida y no estén amparados por otros regímenes jubilatorios.

Cómo se calcula. Se determina un sueldo básico, que es el promedio de todas las remuneraciones computables percibidas durante los últimos tres años de actividad, actualizadas hasta el mes anterior al cese y luego se calcula la asignación de jubilación -equivalente al monto de la pasividad- aplicándole los porcentajes correspondientes a cada clase de jubilación.

7.1.1. Jubilación común

CAUSAL	Mínimos de edad y servicios:	
HOMBRE	EDAD	60 AÑOS
	SERVICIOS	30 AÑOS
MUJER	EDAD	55 AÑOS
	SERVICIOS	30 AÑOS

La edad requerida puede cumplirse después del cese en actividad.

7.1.2. Jubilación especial

CAUSALES INCAPACIDAD SOBREVENIDA EN ACTIVIDAD

Está determinada por los peritajes médicos del Area de la Salud, no requiere mínimo de servicios y las causales son:

- Incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo (Jubilación permanente).
- Incapacidad absoluta para el empleo o profesión habitual (Jubilación transitoria por un máximo de 5 años).

INCAPACIDAD FISICA POSTERIOR AL CESE DE ACTIVIDAD

También determinada por peritajes médicos del Area de la Salud, la causal es: incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo. Requiere un mínimo de 10 años de servicios, el titular no puede tener otra jubilación o retiro y debe residir en el País desde el cese.

ASIGNACION DE JUBILACION

En los tres casos el 70% del sueldo básico.

ASIGNACION DE JUBILACION

En las jubilaciones especiales para calcular el sueldo básico se toma en cuenta el promedio de todas las asignaciones computables percibidas durante los últimos tres años de actividad, o del período efectivamente trabajado si no alcanzare, actualizadas hasta el mes anterior al cese.

7.1.3. Jubilación por edad avanzada

CAUSAL	Mínimo de edad y servicios:	
HOMBRE	EDAD	70 años
	SERVICIOS	10 años
MUJER	EDAD	65 años
	SERVICIOS	10 años

La edad requerida puede cumplirse después del cese en la actividad.

7.2. PENSIONES

CAUSALES

- La muerte del trabajador o jubilado.
- La declaratoria judicial de ausencia del trabajador o jubilado.
- La desaparición del trabajador o jubilado, en un siniestro conocido de manera pública o notoria.
- La muerte del causante en goce del régimen de prestaciones por Desempleo.
- La muerte del causante dentro de los 12 meses inmediatos al cese de la prestación por Desempleo o del cese en la actividad si no fuera beneficiario de dicha prestación.
- Quien fallezca después del cese en actividad y no se encuentre dentro de las situaciones señaladas precedentemente, siempre que compute como mínimo diez años de servicios y sus causahabientes no fueran beneficiarios de otra pensión generada por el mismo causante.

BENEFICIARIOS

QUIENES TIENEN DERECHO

- La viuda y los hijos solteros menores de 21 años de edad.
- Hijos solteros mayores de 21 años absolutamente incapacitados para todo trabajo.
- El viudo absolutamente incapacitado para todo trabajo.
- Los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo.

- Hijas solteras mayores de 45 años supérstites a la viuda o viudo incapacitado que se hayan dedicado pura y exclusivamente al cuidado de sus padres y hermanos.

- Las divorciadas del causante que hayan percibido de éste pensión alimenticia decretada u homologada judicialmente.

- Las referencias padres e hijos comprenden tanto a legítimos como naturales, adoptivos o adoptantes.

DONDE SE SOLICITAN

Las solicitudes en Montevideo se formulan en el Edificio Sede, Sección Solicitud de Pensiones y Subsidios. En el Interior del País, en las respectivas Sucursales.

7.2.1. Pensiones a la vejez o por invalidez

REQUISITOS

- Pensión a la vejez: tener un mínimo de 65 años de edad.

- Pensión por invalidez: sin límite de edad para incapacitados en forma absoluta para todo trabajo, determinada por el Area de la Salud del B.P.S. En ambos casos se deberá acreditar:

1º) Carencia de recursos propios o ser éstos menores al monto vigente de Pensión a la vejez.

2º) Que los familiares legalmente obligados a su sustento (madre, padre, hijos, hermanos, cónyuge) no cuenten con ingresos que superen los topes establecidos a tales efectos.

Los extranjeros deberán acreditar además, residencia continua en el País por 15 años.

DONDE SE SOLICITA

Las solicitudes en Montevideo se formulan en el Edificio Sede, Sección Solicitudes de Pensión Vejez. En el Interior del País en las respectivas Sucursales.

8. PROBLEMAS QUE PLANTEA AL ANCIANO EL COBRO DE PRESTACIONES Y/O LA ADMINISTRACION DE SUS BIENES E INGRESOS

8.1. ANCIANO JUBILADO O PENSIONISTA

8.1.1. Sin problemas mentales

El anciano en esta situación puede cobrar por sí, o si lo prefiere, o tiene dificultades puede otorgar un poder a otra persona para el cobro.

Dicho poder se tramita en la División Notarial, Depto. de Poderes y Registros (Edificio Sede del B.P.S. 1er. piso).

8.1.2. Con problemas mentales

Incapacidad absoluta

Ancianos que no residen en centros de internación

Según el Código Civil son absolutamente incapaces y corresponde designarles curador las personas mayores dementes (aunque tengan intervalos lúcidos) y que no pueden dirigirse a sí mismas y administrar sus bienes.

No se trata de afecciones pasajeras o transitorias, sino de estados patológicos de la mente, permanentes y con una intensidad que llegue a excluir la inteligencia y voluntad del enfermo.

Por lo tanto, al anciano con problemas de inhabilitación psíquica total se le exige para el cobro de sus haberes la designación de un Curador que lo represente y cobre por él.

La curatela rige para los incapaces mayores de edad, dentro de los cuales se ubican personas con deterioros síquicos y físicos consecuencia de la edad.

Según el orden previsto por la ley, el curador debe ser el cónyuge o uno de los parientes más próximos.

A falta de éstos, puede proponerse a una persona que viva con el enfermo o que pueda hacerse cargo del mismo o alguien que designe el Juzgado competente.

A tales efectos debe iniciarse un juicio de incapacidad. En Montevideo, en los Juzgados Letrados de Familia y en los demás departamentos en los Juzgados Letrados de 1ra. Instancia.

Los ancianos con una situación económica carenciada, pueden recurrir, para la concreción de estos trámites a la Defensoría de Oficio. En Montevideo funciona en la calle Soriano 1230 y en los departamentos del interior en las Defensorías de Oficios correspondientes.

En Montevideo, y exclusivamente para los Pensionistas a la Vejez e Invalidez, que deban ser declarados incapaces, el Banco de Previsión Social brinda gratuitamente la completa asistencia letrada de su División Jurídica de Prestaciones de Pasividad y Ancianidad que funciona en el local de la Av. 18 de Julio Nº 1914 esq. Rivera.

A partir de la declaración de incapacidad, el curador designado será el representante legal del incapaz, y los actos jurídicos (testamento, compraventas, fianzas, etc.) que realice el enfermo serán nulos. La nulidad podrá ser declarada de oficio por el Juez, para aquellos no declarados incapaces en juicio, deberá probarse la demencia al momento de efectuar el contrato.

Dada su trascendencia, la ley prevé una serie de garantías y contralores para la declaración de incapacidad:

- pueden denunciar la incapacidad cualquiera de los parientes o el Ministerio Público.
- el juez debe interrogar por sí mismo al presunto incapaz.
- se exige dictamen médico de dos o más profesionales
- intervención del Fiscal.
- inventario de los bienes del enfermo (el curador debe llevar cuenta documentada de los gastos y presentar rendición de cuentas cada 3 años)
- sus bienes no pueden enajenarse ni gravarse sin previa autorización judicial.
- las rentas o ingresos del incapaz deben emplearse en aliviar su condición.

8.2. ANCIANOS ASILADOS

Según el Código Civil, los Directores de asilos de incapaces mayores de edad son curadores legítimos de los asilados mientras no tengan otro curador.

Existen 2 resoluciones del B.P.S. que reglamentan esa ley:

Resolución Nº 860/86 de fecha 31.12.86

Los Directores de Establecimientos Públicos que brinden asilo a incapaces, tienen legitimidad para gestionar y percibir en su representación las pensiones por invalidez, mientras no se cumpla el previo juicio de incapacidad, y se provea la curatela definitiva.

Resolución Nº 28-15/86 de fecha 17.8.88

Los Directores de Establecimientos Públicos que brinden asilo a menores, incapaces o ancianos, que no estén en condiciones de valerse por sí mismos, están habilitados para gestionar y percibir en su representación las prestaciones que sirve el Banco de Previsión Social.

8.3. INCAPACIDAD PARCIAL

No están comprendidas en la declaración de incapacidad y designación de curador, los casos de incapacidades parciales, es decir, las disminuciones intelectuales que no llegan a constituir una total inhabilitación psíquica, como puede ser cierto deterioro leve, producto de la edad senil.

Existen situaciones en las que resulta difícil distinguir entre la incapacidad absoluta y parcial no permanente.

Corresponde a las facultades intervinientes y en definitiva al Juez, determinar si la enfermedad priva de discernimiento a la persona y le impide dirigirse a sí mismo y administrar sus bienes.

La ley penal prevé en su art. 380, entre los delitos contra la propiedad, el de abuso de la inferioridad sicológica de menores incapaces, el que comprende a los abusos, no sólo contra los declarados civilmente incapaces, sino a cualquier persona con disminuciones volitivas e intelectuales.

8.4. PENSION ALIMENTICIA

En otro orden de ideas, siempre en el ámbito jurídico privado y dentro del Código Civil, se regula lo relativo a las pensiones alimenticias debidas recíprocamente entre miembros de una misma familia (art. 116 y sgts).

Eventualmente un anciano indigente podría accionar judicialmente para la obtención de alimentos a cargo de algunos de sus familiares.

Dentro de este contexto se ha previsto que la "obligación de alimentar es recíproca entre los ascendientes y descendientes" (art. 118), existiendo además disposiciones que regulan la obligación alimentaria entre yernos, nueras y suegros (art. 118), entre hermanos (art. 120) y entre cónyuges (art. 155 y 183).

Por alimentos se entiende "no sólo la casa y comida, sino el vestido, calzado, las medicinas y salarios de los médicos y asistentes, en caso de enfermedad".

Surge de lo expuesto, que en el orden privado y por vía judicial de ser ello necesario, las personas ancianas tienen medios para lograr asistencia alimentaria (al igual que otras que no han llegado a la vejez).

En todos los casos para la concreción de este trámite se debe dirigir previamente al Juzgado de Familia en Montevideo o los Juzgados Letrados de 1a. instancia en el Interior, con abogado particular o defensoría de oficio.

SEÑOR PEREYRA.- En primer lugar, pido disculpas porque tuve que salir unos minutos de Sala y quizás, en ese momento, el señor Senador Bouzas se refirio a lo que deseo preguntar. ¿Cuál sería el procedimiento reglamentario por el que se introduciría este tema en el Senado? ¿Cuál sería la fuerza que tendría una resolución del Cuerpo, es decir, si perseguimos la redacción de una ley o buscamos información para luego crear una ley? Concretamente, no veo como el Senado resolvería este punto.

Me refiero a si se trataría de una resolución interna a los efectos de hacer posible que estos técnicos trabajen conjuntamente con la Comisión de Salud Pública o si se estaría hablando de una decisión que se haría llegar al Poder Ejecutivo para su cumplimiento o al Banco de Previsión Social. Por otra parte, podría tratarse simplemente de una declaración. Confieso que no he entendido esta cuestión, por lo que pido que se me la explique más claramente.

SEÑOR BOUZAS.- Con mucho gusto, señor senador.

Existe una resolución de la Cámara de Senadores de fecha 13 de agosto de 1992 que, en su artículo 3º autoriza a la Presidencia del Senado, actuando en acuerdo con la Comisión de Presupuesto, a celebrar con Instituciones públicas o privadas así como también con técnicos de reconocida solvencia, contratos destinados a la realización de trabajos de asesoramiento para las Comisiones Permanentes, etcétera.

Entonces, la situación es la siguiente. Aquí estamos hablando de técnicos de reconocida solvencia, cosa que surge del currículum de los señores a los que me he referido. Pienso que si ahora nos ponemos a buscar la forma de elaborar una reglamentación a fin de que estas casas puedan funcionar, vamos a enfrentarnos con un gran problema ya que, en principio, debemos comenzar una investigación, luego asesorarnos a través de aquellas personas que conozcan el tema y, por último, idear algo. A este respecto, cabe señalar que a través de las conversaciones que he mantenido en las últimas tres semanas con estas personas que conocen en profundidad esta cuestión desde hace varios años, he pensado que ellos podrían proporcionarnos un anteproyecto que más tarde nosotros podamos plasmar en un proyecto de ley sujeto a la consideración del

Senado.

Ahora bien, el problema es que, previamente, sería necesario que la Comisión de Salud Pública aconsejara al Senado la adopción de una resolución que autorice a que se designe a estas personas --en función de la correspondiente disposición del Presupuesto del Senado-- para que puedan iniciar el trabajo. Si esto sucede, pienso que en corto tiempo estaremos en condiciones de poder presentar un articulado.

SEÑOR PEREYRA.- En principio, deseo señalar la complacencia que me produce observar el interés que ha puesto el señor senador Bouzas respecto a un tema tan importante como el de la ancianidad, que debe preocuparnos a todos.Se trata de un problema social de gran magnitud acerca del cual todos tenemos, más o menos, alguna referencia aunque no hayamos podido estudiarlo con la profundidad con que lo ha hecho el señor senador Bouzas.

Simplemente con el propósito de esclarecer el planteo que se ha realizado quiero decir que, recuerdo --porque soy miembro de la Comisión de Presupuesto-- que la partida a la que se ha hecho referencia se otorgó a los efectos de retribuir a técnicos que pudieran asesorar a las Comisiones. Originalmente, quien habla realizó ese planteo ante la Comisión Administrativa, señalando que mientras otros Parlamentos del mundo tienen Cuerpos asesores, el nuestro no cuenta con ellos. Según tengo entendido, ellos no se podían establecer por falta de recursos, pero sí se le dio al señor Presidente la facultad de poder contratar a los asesores. Tal como lo ha planteado el señor senador Bouzas, éste sería uno de los casos en el que necesitaríamos un grado de especialización en la información. Lo que ignoro es si podremos nosotros contratar personas que ya están recibiendo remuneración por

parte de otras dependencias del Estado, ya sea el Banco de Previsiòn Social, el Ministerio de Salud Pública, etcétera. Pienso que tal vez esto podría constituir un escollo, salvo que estas personas se avinieran a colaborar honorariamente o que existiera alguna forma de retribuirles sin lesionar la legislación vigente. Ya que el origen de la inclusión de la partida es pagar el asesoramiento que fuere necesario, debemos,si es posible,contratar técnicos que ya pertenezcan a la Administración Pública.

Considero que estas tres personas se han elegido excelentemente; sin embargo, dado que podría producirse luego en Sala, una discusión acerca de este tema, conviene que él sea debidamente esclarecido.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que la Comisión en pleno adhiere completamente a la inquietud que ha planteado el señor senador Bouzas. Además, él ha recorrido una instancia de la que surge que tres personas de reconocida solvencia y con voluntad de hacerlo, podrían ser quienes, de alguna manera, nos introdujeran en una muy ardua y difícil labor, que es la de entrar a conocer un complejo problema al que, en distintas áreas -- tanto de la Administración Pública como de la Privada--.nos sería prácticamente imposible acceder.

SEÑOR PEREYRA.- Estamos totalmente de acuerdo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Precisamente, el problema radica en cuál sería el procedimiento: si plantearlo al Senado o utilizar alguna otra vía.

SEÑOR PEREZ.- En principio, quiero decir que considero que la iniciativa es realmente muy importante.

Teniendo en cuenta que existe una disposición establecida por el propio Senado, tal vez este problema podría ser resuelto directamente con el señor Presidente del Cuerpo. Es decir, podríamos ponernos de

acuerdo con el doctor Aguirre para que él disponga, ya que es él precisamente quien tiene la potestad establecida por la Ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa considera que lo que acaba de proponer el señor senador Pérez es lo correcto. Además, quién mejor que el señor senador Pereyra --dado que fue él quien formuló una propuesta en torno a este tema-- para hablar, en nombre de la Comisión, con el señor Presidente del Senado a los efectos de averiguar si el procedimiento que se ha sugerido sería realmente el más adecuado.

SEÑOR PEREYRA.- Creo que este problema es realmente grave. Por ello, no sé si tendría sentido invitar al doctor Aguirre a asistir a una próxima sesión de esta Comisión o tomarnos una semana a efectos de realizar consultas. Pienso que sería más conveniente que si el señor Presidente del Senado se encuentra en este momento en el seno del Parlamento, lo invitemos a participar de esta reunión.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa considera que eso sería lo más conveniente.

(Se suprime la toma de la versión taquigráfica)

(Ingresa a Sala el señor Presidente del Senado)

(Se reanuda la toma de la versión taquigráfica)

SEÑOR PEREYRA.- Ante todo, agradecemos la presencia del señor Presidente del Senado en esta Comisión. Nuestra intención es esclarecer la forma de llevar a cabo un planteamiento que ha realizado el señor senador Bouzas relativo a la atención de la ancianidad, fundamentalmente, en lo que tiene que ver con las llamadas casas de salud. En este sentido, podemos observar que algunas de ellas funcionan bien, mientras que hay muchas otras en las que sucede lo contrario. A tales efectos, el señor Senador Bouzas ha consultado a algunas personas especializadas en la materia, como por ejemplo, un funcionario del Banco de Previsión Social que ha estudiado el tema, el señor Director de Salud del Ministerio de Salud Pública --quien también se ha preocupado por este asunto-- y un Catedrático en Geriatría de la Facultad de Medicina.

Concretamente, el señor senador Bouzas quiere trasmitir esta preocupación al Senado basándose en una disposición incorporada en el último Presupuesto, mediante la cual se podría contratar asesores para las Comisiones, cuando éstas tuvieran a estudio asuntos que requirieran una alta especialización. En esta cuestión podemos distinguir dos aspectos: cómo se da intervención al Senado en el planteamiento que formula el señor senador --que no cuenta con un proyecto de ley, dado que éste podría elaborarse luego de recibir el asesoramiento correspondiente-- y cómo se puede retribuir o solicitar ese asesoramiento honorario, en caso de que estas personas estén dispuestas a prestarlo, ya que al ser funcionarios del Estado, podría haber alguna

dificultad para percibir una remuneración por parte del Senado.

En síntesis, la consulta que queremos hacer al señor Presidente tiene dos aspectos: cómo llevar al Senado la inquietud de crear una Comisión que asesore sobre el tema y si ella, trabajando en forma conjunta con ésta, podría contar con la presencia de estos técnicos u otros. Además, no sabríamos si, en ese caso, se podría utilizar la partida del Presupuesto de que se dispone.

SEÑOR BOUZAS.- Deseo aclarar que hemos tenido tres semanas intensas de trabajo en las que encontramos que este asunto es bastante difícil de resolver, sobre todo para nosotros que no somos técnicos en la materia. Sin embargo, y afortunadamente, en las conversaciones mantenidas hallamos personas versadas en el tema, algunas de las cuales, inclusive, están desarrollando planes a este respecto. En concreto, me refiero al doctor Gastón Inda, quien depende directamente del señor Presidente del Banco de Previsión Social, y forma parte de un programa de atención a la ancianidad en hogares de ancianos, clubes de tercera edad, etcétera. Puedo decir que hasta se dispone de una partida presupuestal destinada a su funcionamiento. Pero debo aclarar que solamente atiende aquel sector de ancianos pertenecientes a organizaciones que no persiguen fines de lucro, y todas las otras entidades comerciales al día de hoy, no están en la órbita de un programa de esta naturaleza. Es decir, por medio de distintas disposiciones, decretos o leyes ha sido encomendado a determinadas organizaciones de los Ministerios; sin embargo, una parte ha quedado sin cubrir dado que el Ministerio de Salud Pública alega que no está en condiciones de hacerlo y el de Trabajo y Seguridad Social no lo está atendiendo directamente.

Como ya dijimos, hemos encontrado gente que ha realizado

estudios y trabajos sobre este tema. En ese sentido, además del doctor Gastón Inda, debemos agregar al doctor Salsamendi, Director de Salud del Ministerio de Salud Pública, quien ha tenido una experiencia en su pueblo natal al organizar una casa de salud de esta naturaleza. También podemos mencionar a quien hasta hace dos meses era Catedrático de Geriatría de la Facultad de Medicina en el Hospital de Clínicas --actualmente ha cesado en su cargo en virtud de haber cumplido los 65 años de edad--, doctor José Alvarez Martínez. Esta persona ha dedicado mucho tiempo y literatura a estudiar este tema, y aporta una gran colaboración a todos estos emprendimientos.

Cabe destacar que hemos encontrado que entre estas tres personas existe una total inteligencia en la discusión de este tema y, prácticamente, tienen opinión unánime en la forma de encarar el asunto. De allí surgió la idea de que la Comisión de Salud Pública del Senado encomiende a estos tres técnicos la confección de una reglamentación que nos pueda ayudar en la presentación de un proyecto de ley a fin de que podamos dar una pronta solución a este problema tan acuciante que vive nuestro país.

SEÑOR AGUIRRE.- Señor Presidente: con el riesgo que significa improvisar una opinión sobre un tema que tiene cierta complejidad, quiero expresar a la Comisión lo siguiente. Ante todo, mi agradecimiento por la consulta que se me ha hecho, puesto que me permite interiorizarme y opinar acerca de un asunto que, compartiendo el criterio del señor senador Bouzas, tiene su importancia y que en el área de la salud debe generar lógica preocupación, porque son muchas las personas de avanzada edad que se ven obligadas a asistirse o a vivir en casas de salud, algunas veces en buenas condiciones, y otras, muy malas. Creo es deber de quienes tenemos la responsabilidad de tratar de encauzar los problemas de la sociedad, no olvidarnos de todos aquellos que a determinada altura de la vida se ven aislados de sus familiares y que, en condiciones precarias, tienen que pasar sus últimos años en esos ámbitos. Por lo tanto, y como posición primaria frente a este tema, me parece muy bien que la Comisión se preocupe.

Por otra parte, deseo expresar que entiendo no sería necesaria una resolución especial del Senado, porque el tema está en el área de la salud y esta Comisión ya tiene competencia genérica para tratar todo lo vinculado a ella. Dentro de esa competencia genérica está, como ocurre con cualquier otra Comisión, la decisión de llamar a las entidades públicas o privadas, a asesores y personas entendidas en la materia que puedan brindar su experiencia y formación. Estoy hablando tanto del ex Catedrático de la Facultad de Medicina, como de los funcionarios del área competente del Banco de Previsión

Social, donde hay una dependencia de ese carácter, cuyo jerarca es el doctor Gastón Inda. Esto me consta, porque tengo un hermano mayor que precisamente trabaja en ese sector del Banco de Previsión Social; pero, además, he visitado, en el interior del país --como quizás le ocurra a otros miembros de la Comisión--, hogares de ancianos que funcionan bajo la promoción de ese organismo.

Asimismo, pienso que si el Ministerio de Salud Pública no tiene injerencia directa en esto, debería tenerla, y ello no obsta para que la Comisión llame al Director de Salud o al Ministro y exprese su preocupación, de modo que si no ha tomado cartas en el asunto hasta ahora, lo haga en el futuro.

En cuanto al tema específicamente jurídico de cómo hacemos jugar el artículo 3º de la Resolución del Senado del 13 de agosto del año pasado, debo decir que siempre se plantean problemas cuando se quiere utilizar un funcionario público en otra tarea por aquella regla que creo viene de la Ley de Presupuesto de 1953, en cuanto a que quien ocupa un cargo público no puede tener dos funciones y cobrar por dos conceptos distintos. No obstante ello, pienso --aunque esto debería ser objeto de un estudio más meditado-- que por la vía del contrato de arrendamiento de obra, podríamos utilizar a los funcionarios especializados que tenemos en el área de la salud, con formación en Medicina y título profesional, en el Senado y en la Comisión Administrativa --que los hay en cantidad-- a fin de que realicen un trabajo de orden técnico que, naturalmente, no lo pueden llevar adelante los miembros de la Comisión.

Entiendo que de este modo haríamos una primera experiencia de aplicación de esta disposición, que también existe, más o menos en los mismos términos, en la Comisión Administrativa, pero que hasta ahora ha sido letra muerta.

En la planilla presupuestal de la Comisión Administrativa figuran alrededor de doce médicos, algunos de los cuales --porque están en comisión-- no prestan funciones aquí y habrá nueve o diez que si lo hacen simplemente se limitan a certificar licencias. Me parece que se sentirían más útiles si les damos un trabajo concreto y, además, una remuneración razonable por vía contractual. Repito que este aspecto debería ser objeto de un análisis más detenido para no violar algunas normas.

De cualquier manera, mientras tanto, creo que la Comisión puede llamar al doctor Inda, al ex catedrático de la Facultad de Medicina y diría que debe consultar al Ministerio para recabar su opinión sobre el tema porque, al fin de cuentas, éste tiene una competencia genérica en preservar la salud pública. Todo lo que no hacen o no pueden cubrir las mututalistas, en definitiva, es deber del Estado, por medio del Ministerio, resolverlo. Si llegamos a la conclusión de que esta Cartera no está haciendo nada, quiere decir que está en falta y, en tal caso, tanto el Senado como la Cámara de Representantes, lo puede inducir a corregir esa situación o a preocuparse, porque lo cierto, como decía el señor senador Bouzas, es que constituye un verdadero problema para cualquier sector de la sociedad, familia o persona que tenga un anciano en esas condiciones y que no viva --por razones que no es del caso

expresar-- en su hogar, el cuidar de su salud. Naturalmente que quien dispone de medios para enviarlo a una casa de salud que llena las condiciones de modo adecuado, saldrá del problema; pero quien no los tiene, qué cosa puede hacer. Y todos sabemos que hay lugares donde la atención deja mucho que desear, tema en el que estoy totalmente de acuerdo con el señor senador Bouzas.

SEÑOR BOUZAS.- Aclaro que no he dado toda la explicación necesaria, pero existe un problema en la variante que ofrece el señor Presidente del Senado. Estos tres técnicas que he mencionado, después de consultar con mucha gente, recibieron nuestro consejo en el sentido de formar un grupo de trabajo. A ese respecto, en estos momentos se encuentran en condiciones de suministrarnos un proyecto de reglamentación porque, como dije antes, se trata de personas que vienen trabajando en forma conjunta desde hace tiempo --cabe añadir que se conocen y respetan mucho-- debido a su preocupación por este tema. Seguramente su labor va a estar mejor orientada que la de cualquier otro grupo, inclusive, integrado por nosotros.

Teniendo en cuenta que no sería conveniente citarlos para que nos brindaran su opinión porque después, de esa manera, tendríamos la responsabilidad de traducirla, lo mejor sería integrar un grupo junto con ellos, ya que no tenemos el problema de falta de recursos y, además, han demostrado su disposición a trabajar en forma honoraria, tal como lo han hecho hasta ahora.

SEÑOR AGUIRRE.- ¿Se refiere a personas que no son funcionarias del Senado?

SEÑOR BOUZAS.- Me refiero a los médicos Gastón Inda y Salsamendi y al abogado Alvaro Martínez. Se trata de personas con una gran experiencia que han trabajado en un Programa existente acerca de este tema y se han dedicado al estudio de 300 casas de este tipo, cuyos recursos

provienen de una dotación presupuestal aprobada en la última Rendición de Cuentas.

En síntesis,nuestra idea es solicitarles a estos señores que se constituyan como grupo de trabajo, elaboren un informe y una reglamentación, para luego darle forma de proyecto de ley y considerarlo en el Senado. No sé si es necesario la instrumentación de una resolución del Senado o simplemente alcanza con que la Comisión lo resuelva en acuerdo con el señor Presidente del Senado.

SEÑOR AGUIRRE.- Existe una resolución que establece que debe dictarse una previa reglamentación por parte de la Presidencia para lo cual no habría inconveniente porque, desde ya, adelanto que estoy dispuesto a hacerlo. En lo que respecta al dinero, tampoco existen problemas, porque ello está previsto en el rubro presupuestal. De tal modo, mientras la reglamentación se adecue a los términos de la resolución, el recurso se encuentra disponible y si estas personas son expertas en el tema es mucho mejor trabajar con ellas que nombrar a otros profesionales que, si bien pueden conocer mucho de este tema, tendrían que estudiarlo a fondo.

En consecuencia, pienso que tendríamos que invitarlos a esta Comisión a los efectos de que puedan brindar su opinión acerca de este asunto y avanzar en el sentido de crear un grupo en base a la elaboración de un contrato. Además la Comisión se encuentra facultada desde el punto de vista reglamentario como para seguir avanzando en este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia y su colaboración al señor Presidente del Senado.

Tal como ha sido convenido, la Comisión resuelve citar a los tres profesionales mencionados.

(Se retira de Sala el señor Presidente del Senado)